



**IRCCS CRO**

Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico  
"Centro di Riferimento Oncologico" di Aviano



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

**DECRETO**  
**del DIRETTORE GENERALE**

dott. Giuseppe Tonutti

*nominato con DGR n. 2000 del 20.12.2024*

**N. 325 DEL 17/06/2026**

**OGGETTO**

**APPROVAZIONE BUDGET ANNO 2026**

Preso atto delle seguenti attestazioni di legittimità e di regolarità tecnica, amministrativa e contabile:

Visto digitale del Responsabile del Procedimento	Visto digitale del Responsabile di Struttura	Visto digitale del Sostituto del Direttore della SOC Gestione delle Risorse economico finanziarie
dott.ssa Cristina Andreetta	dott.ssa Cristina Andreetta	dott.ssa Cristina Andreetta

**Oggetto: APPROVAZIONE BUDGET ANNO 2026**

## **IL DIRETTORE GENERALE**

**RICHIAMATI:**

- il D. Lgs. 150 del 27 ottobre 2009 che disciplina il ciclo della performance;
- la legge regionale 10 novembre 2015 n. 26 recante “Disposizioni in materia di programmazione e contabilità e altre disposizioni finanziarie urgenti” che all’art. 42 prevede per le aziende del SSR una gestione per budget;

VISTA la deliberazione di Giunta Regionale n. 1507 in data 31 ottobre 2025 che approva in via definitiva il documento “Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale anno 2026” nel quale sono definiti:

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

RICHIAMATO il decreto del Direttore Generale n. 530 del 30 dicembre 2025 con la quale è stato adottato in via definitiva il “Piano attuativo e bilancio preventivo 2026;

PRECISATO che nel suddetto programma, compatibilmente con i vincoli economici, l’Istituto ha formulato la programmazione dell’erogazione dei livelli di assistenza da garantire nell’anno 2026, individuando le linee di attività dell’area clinico-assistenziale e di ricerca e declinando, nel proprio contesto aziendale, gli obiettivi afferenti alle linee progettuali indicate dalla Regione e definendo altresì la programmazione delle assunzioni di personale e il piano degli investimenti;

RICHIAMATO altresì, il decreto del Direttore Generale n. 70 del 28 gennaio 2026 di adozione del “Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2026-2028 dell’Istituto”;

RITENUTO di individuare i centri di budget così come previsto nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance approvato con Delibera n. 379 del 28 agosto 2023;

EVIDENZIATO che la SOSD Controllo di gestione ha avviato nel mese di gennaio il processo di budget dell’anno in corso mediante incontri con le direzioni finalizzati alla definizione della proposta di budget;

PRESO ATTO che successivamente gli obiettivi sono stati negoziati con i singoli centri di responsabilità;

PRECISATO che gli obiettivi/progetti contenuti nelle schede di budget sono coerenti con le finalità della programmazione aziendale 2026;

RILEVATO che successivamente alla negoziazione tutte le schede di budget sono state trasmesse dalla SOSD controllo di gestione ai vari responsabili di budget con invito a diffondere il contenuto a tutti i propri collaboratori;

PRECISATO che le fasi di monitoraggio e valutazione sono disciplinate nel documento “sistema di misurazione e valutazione della performance”;

DATO ATTO che il regolamento attuativo dell’atto aziendale approvato con decreto n. 510/2025 stabilisce che la SOSD controllo di gestione “...è responsabile della definizione dei criteri, della tenuta e aggiornamento dei Centri di Risorsa e dei Centri di Costo/Responsabilità...”;

VISTI:

- 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.;
- 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.;
- 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.;
- la L.R. 12.12.2019, n. 22 “*Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006*”;

DATO ATTO che il presente provvedimento è conforme alla proposta del Responsabile del Procedimento;

VISTA l’attestazione del Dirigente della Struttura che propone l’atto in ordine alla conformità dello stesso alla legislazione statale e regionale vigente;

VISTA l’attestazione del Sostituto del Direttore della SOC Gestione risorse Economico Finanziarie in ordine alla regolarità contabile del presente provvedimento;

ACQUISITI i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario f.f. e del Direttore Scientifico, ciascuno per quanto di rispettiva competenza;

## **D E C R E T A**

per i motivi di cui in premessa, che si intendono integralmente riportati:

1. di approvare il documento “Elenco centri di budget anno 2026” (All. 1);
2. di prendere atto della conclusione del percorso di definizione degli obiettivi di budget 2026 e di approvare le schede di budget (All. 2);
3. di dare atto che non si rilevano conflitti di interesse con riferimento al presente provvedimento;
4. di dare atto, infine, che il presente provvedimento è immediatamente esecutivo in relazione a quanto previsto dall’art. 4 comma 2 LR 21/1992 e ss.mm.ii.

Allegati: n 2

Acquisiti i pareri favorevoli, per quanto di rispettiva competenza.

Il Direttore Amministrativo  
dott.ssa Cristina Zavagno

Il Direttore Sanitario f.f.  
dott. Valter Gattei

Il Direttore Scientifico  
dott. Gustavo Baldassarre

Letto, approvato e sottoscritto.

Il Direttore Generale  
dott. Giuseppe Tonutti  
*firmato digitalmente*

# Elenco firmatari

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

Questo documento è stato firmato da:

NOME: GIUSEPPE TONUTTI

CODICE FISCALE: \*\*\*\*\*

DATA FIRMA: 17/06/2026 14:29:02



**IRCCS CRO**

Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico  
"Centro di Riferimento Oncologico" di Aviano



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

## **Allegato 1**

- Elenco centri di responsabilità di attività anno 2026

## ELENCO CENTRI DI BUDGET – ANNO 2026

	Dirigenza	Comparto	Comparto Ricerca
<b>Dipartimento di Oncologia Medica</b>			
SOC Oncologia Medica e dei Tumori Immunocorrelati	X		
SOC Oncologia Medica e Prevenzione Oncologica	X		
SOC Gastroenterologia Oncologica Sperimentale	X		
SOSD Oncoematologia Trapianti Emopoietici e Terapie Cellulari	X		
SOSD Oncodermatologia	X		
SOSD Attività oncologica presso il presidio ospedaliero di San Vito e Spilimbergo	X		
<b>Dipartimento di Oncologia Chirurgica</b>			
SOC Chirurgia Oncologica Generale	X		
SOC Chirurgia Oncologica del Seno	X		
SOC Chirurgia Oncologica Ginecologica	X		
SOC Anestesia e Rianimazione	X		
SOSD Medicina del dolore clinica e sperimentale	X		
<b>Dipartimento della Diagnostica di laboratorio e per le Terapie Cellulari</b>			
SOC Oncogenetica e Oncogenomica funzionale	X		X
SOC Oncol. Molecolare e Modelli Preclin. di Progress. Tumorale	X		X

	<b>Dirigenza</b>	<b>Comparto</b>	<b>Comparto Ricerca</b>
SOC Farmacologia Sperimentale e Clinica	X		X
SOC Immunopatologia e Biomarcatori Oncologici	X		X
SOC Oncoematologia Clinico Sperimentale	X		X
SOC Anatomia Patologica ad indirizzo oncologico	X		X
SOSD Trattamento di cellule staminali per le terapie cellulari	X		X
<b>Dipartimento delle Alte Tecnologie</b>			
SOC Radiologia Oncologica	X		
SOC Medicina Nucleare	X		
SOC Fisica Sanitaria	X		
SOC Oncologia Radioterapica	X		X
SOSD Area Giovani e Radioterapia Pediatrica	X		
<b>Dipartimento della gestione amministrativa</b>			
Direzione amministrativa: Ufficio accesso ai percorsi clinici	X	X	
SOC Approvvigionamenti, Economato e Logistica	X	X	
SOC Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche	X	X	
SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie	X	X	
SOC Legali, Affari Generali e gestione Risorse Umane	X	X	
<b>Direzione Generale</b>			
Direzione Generale (Segreteria Direzione Generale, URP, SPPA, Sorveglianza Sanitaria)		X	X
SOSD Controllo di Gestione	X	X	

	<b>Dirigenza</b>	<b>Comparto</b>	<b>Comparto Ricerca</b>
<b>Direzione Sanitaria</b>			
Direzione Sanitaria (SOSD Igiene ospedaliera e uffici Direzione Sanitaria/ CAF)	X	X	
SOSD Direzione delle Professioni sanitarie - Area Infermieristica	X	X	
SOSD Direzione delle Professioni sanitarie – Area Tecnica sanitaria	X	X	
SOSD Direzione delle Professioni Sanitarie - Area assistenziale chirurgico-endoscopica		X	
SOSD Direzione delle Professioni Sanitarie - Area assistenziale delle degenze oncologiche mediche/chirurgiche con percorso trapianto di cellule staminali		X	
SOSD Direzione delle Professioni Sanitarie - Area qualità e sicurezza delle cure, sviluppo di modelli organizzativi assistenziali e ricerca professioni sanitarie		X	
SOSD Direzione delle Professioni Sanitarie - Area Tecnico - Diagnostica e della Ricerca		X	
SOSD Direzione delle Professioni Sanitarie - Area tecnico-assistenziale		X	
SOSD Direzione delle Professioni Sanitarie-Area assistenziale delle terapie oncologiche con Unità di produzione e UFA		X	
SOC Farmacia	X	X	X
SOSD Psicologia Oncologica	X		
<b>Direzione Scientifica</b>			
Direzione Scientifica (Segreteria Scientifica/uffici di staff, Ufficio Clinical Trial, Servizio Biblioteca)	X	X	X
SOC Epidemiologia Oncologica	X	X	X

# Elenco firmatari

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

Questo documento è stato firmato da:

NOME: GIUSEPPE TONUTTI

CODICE FISCALE: \*\*\*\*\*

DATA FIRMA: 17/06/2026 14:28:59



**IRCCS CRO**

Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico  
"Centro di Riferimento Oncologico" di Aviano



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

## **Allegato 2**

➤ Schede di budget anno 2026

# BUDGET 2026

## *Dirigenza sanitaria, dirigenza PTA e comparto*

### **Dipartimento di Oncologia Medica (DOM)**

SOC Oncologia Medica e dei Tumori Immunocorrelati	pagg. 01-04
SOC Oncologia Medica e Prevenzione Oncologica	pagg. 05-08
SOC Gastroenterologia Oncologica Sperimentale	pagg. 09-11
SOSD Oncoematologia Trapianti Emopoietici e Terapie Cellulari	pagg. 12-15
SOSD Attività oncologica presso il presidio ospedaliero di San Vito e Spilimbergo	pagg. 16-18
SOSD Oncodermatologia	pagg. 19-21

### **Dipartimento di Oncologia Chirurgica (DOC)**

SOC Chirurgia Oncologica Generale	pagg. 22-25
SOC Chirurgia Oncologica Ginecologica	pagg. 26-29
SOC Chirurgia Oncologica del Seno	pagg. 30-33
SOC Anestesia e Rianimazione	pagg. 34-37
SOSD Medicina del dolore Clinica e Sperimentale	pagg. 38-40

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

SOC Oncologia Radioterapica	pagg. 41-44
SOC Fisica Sanitaria	pagg. 45-47
SOC Radiologia Oncologica	pagg. 48-51
SOC Medicina Nucleare	pagg. 52-54

SOSD Area Giovani e Radioterapia Pediatrica pagg. 55-58

### **Dipartimento della Diagnostica di laboratorio e per le Terapie Cellulari (DDLTC)**

SOC Oncogenetica e Oncogenomica Funzionale pagg. 59-61

SOC Oncol. Molecolare e Modelli Preclin. di Progress. Tumorale pagg. 62-64

SOC Farmacologia Sperimentale e Clinica pagg. 65-67

SOC Oncoematologia Clinico Sperimentale pagg. 68-70

SOC Immunopatologia e Biomarcatori Oncologici pagg. 71-73

SOC Anatomia Patologica ad Indirizzo Oncologico pagg. 74-77

SOSD Trattamento di Cellule Staminali per le Terapie Cellulari pagg. 78-80

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

SOC Affari Generali, Legali e Gestione Risorse Umane pagg. 81-82

SOC Approvvigionamenti, Economato e Logistica pagg. 83-84

SOC Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche pagg. 85-86

SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie pagg. 87-88

Direzione amministrativa – Ufficio per la gestione dell'accesso ai percorsi clinici pagg. 89-90

### **Direzione Generale**

SOSD Controllo di Gestione pagg. 91-92

Segreteria Direzione Generale pag. 93

Servizio Protezione e Prevenzione Aziendale pagg. 94-95

Sorveglianza Sanitaria pag. 96

Ufficio Relazioni con il Pubblico pagg. 97-98

## Direzione Sanitaria

SOSD Direzione delle Professioni Sanitarie - Area assistenziale chirurgico-endoscopica	pagg. 99-100
SOSD Direzione delle Professioni Sanitarie - Area assistenziale delle degenze oncologiche mediche/chirurgiche con percorso trapianto di cellule staminali	pagg. 101-102
SOSD Direzione delle Professioni Sanitarie – Area infermieristica	pagg. 103-105
SOSD Direzione delle Professioni Sanitarie - Area qualità e sicurezza delle cure, sviluppo di modelli organizzativi assistenziali e ricerca professioni sanitarie	pagg. 106-107
SOSD Direzione delle Professioni Sanitarie – Area Tecnica Sanitaria	pagg. 108-109
SOSD Direzione delle Professioni Sanitarie - Area Tecnico - Diagnostica e della Ricerca	pagg. 110-111
SOSD Direzione delle Professioni Sanitarie - Area tecnico-assistenziale	pagg. 112-113
SOSD Direzione delle Professioni Sanitarie - Area assistenziale delle terapie oncologiche con Unità di produzione e UFA	pagg. 114-115
SOSD Igiene Ospedaliera e uffici Direzione Sanitaria	pagg. 116-117
SOC Farmacia	pagg. 118-120
SOSD Psicologia Oncologica	pag. 121
Direzione Sanitaria - Centro Attività Formative	pagg. 122-123

## Direzione Scientifica

Direzione Scientifica – Segreteria Scientifica e Uffici di Staff	pagg. 124-125
Direzione Scientifica – Ufficio Clinical Trial	pag. 126
Direzione Scientifica – Servizio Biblioteca	pag. 127
SOC Epidemiologia Oncologica	pag. 128

SCHEDA DI BUDGET 2026 - SOC ONCOLOGIA MEDICA E DEI TUMORI IMMUNO-CORRELATI

B - Volumi di attività assistenziale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
1 Attività ambulatoriale	N. prime visite	≥ media biennio 2024-2025 comprese visite ambulatorio ORL (nr. 930)	La percentuale di raggiungimento del singolo target viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo < 50% = 0%	10%	10%						SOSD Controllo di gestione
2 Miglioramento della gestione dei trattamenti oncologici in regime ambulatoriale presso la sede di Aviano da parte delle strutture OMTI, OMP e TCAD	1. definizione e diffusione dei criteri delle modalità di accesso alle terapie mediche non programmate 2. Riduzione dei trattamenti oncologici non programmati	1. evidenza della diffusione ai professionisti interessati 2. ≤ 40%	1. Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% 2. ≤ 40% = 100% > 40% ≤ 42% = 80% > 42% e ≤ 51% = 30% > 51% = 0% L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei target	10%	10%						SOSD Direzione delle professioni sanitarie
3 Avvio della telemedicina per l'attività di pre-terapia medica infusione	utilizzo della telemedicina per la casistica individuata dalla direzione (somministrazione terapia medica e lista farmaci)	avvio del sistema a partire dal II semestre	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	10%						SOSD Igiene Ospedaliera
4 Organizzazione attività somministrazione terapia sottocute	organizzazione dell'attività della somministrazione terapia sottocute nella fascia oraria 12-14.30	avvio dal 02/05/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	10%						Direttore Dipartimento DOM
5 Garantire l'attività terapia oncologica infusione presso la sede Pordenone da parte di OMTI e OMP	Numero giorni settimana e pazienti/die da parte delle due strutture	Almeno 4 giornate con 8 pazienti die (obiettivo condiviso tra OMTI e OMP)	Precondizione per la valutazione dell'obiettivo nelle singole settimane (escluse le 8 settimane con festività infrasettimanale) è la presenza di almeno 4 giornate alla settimana. Il target per la singola giornata (4 giornate a settimana) viene valutato come segue: ≥ 8 pazienti = 100% < 8 pazienti: in proporzione	10%	10%						SOSD Direzione delle professioni sanitarie

## D - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
13 Favorire l'arruolamento di pazienti in studi clinici interventistici	n. pazienti arruolati in trial a livello di dipartimento	≥ 100	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%							Direzione Scientifica
14 produttività scientifica - variabili attività scientifica	punti di attività scientifica	≥ 6 punti	Il target si considera raggiunto solo in presenza di almeno 5 punti complessivi per le variabili valutate a livello dipartimento e di almeno 1 punto per le variabili monitorate a livello di struttura operativa	10%	10%							Biblioteca Scientifica

## L - Appropriatelyzza e contenimento spesa prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
6 Ottimizzazione dell'utilizzo dei farmaci DrugDay: analisi della aderenza ai criteri stabiliti per una lista di farmaci individuati dalla farmacia in collaborazione con le strutture cliniche	% applicazione aderenza al criterio del DrugDay (prescrizione esatta nel DDay) rispetto al totale cumulativo di molecole sottoposte a DDay prescritte effettivamente nella pratica clinica	≥ 55%	L'obiettivo viene valutato dal momento in cui verrà definita la lista dei farmaci Al target viene riconosciuta una franchigia del 5% (≥ 50% = 100%)	10%	10%							SOC Farmacia

## M - Sistemi informativi

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
9 Utilizzo delle classificazioni ICD 10 IM e CIPI per i flussi SDO	% di SDO con utilizzo del sistema di classificazione ICD 10 IM e CIPI	100% a partire dalla data di avvio secondo il cronoprogramma regionale	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		15%							SOSD Igiene Ospedaliera

## N - Tempi di attesa

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
8 Migliorare l'appropriatezza delle prescrizioni attraverso l'adozione dei RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei)	predisposizione di una relazione dipartimentale con evidenza dell'applicabilità dei criteri RAO alle prescrizioni degli specialisti	trasmissione della relazione alla direzione sanitaria entro il 25/03/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%								Direzione sanitaria

## O - Rischio clinico

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
7 Corretta gestione cartella clinica	Tempo intercorrente tra dimissione del paziente e la consegna della cartella in direzione sanitaria	100% nei 30 giorni	< 60% = 0% ≥ 60% e < 75% = 50% ≥ 75% e < 85% = 90% ≥ 85% = 100%	10%	10%							SOSD Igiene Ospedaliera

## P - Obiettivo gestionale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
10 Definire il piano di lavoro di una settimana "tipo"	definire attività, tempi e i relativi volumi	trasmissione documento alla direzione sanitaria e controllo di gestione entro il 30/04/2026	Viene riconosciuta una tolleranza di 15 giorni	5%								SOSD Controllo di gestione
11 Gestire le ferie	Stesura del piano ferie annuale della struttura	Invio del piano ferie annuale alla direzione sanitaria entro il 30/04/2026	Viene riconosciuta una tolleranza di 15 giorni	5%								Direzione sanitaria

Gestire le ferie del personale della dirigenza

Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2026

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: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno;  
 2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico:  
 - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2026  $\geq$  al diritto ferie di un anno + festività soppresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni;  
 - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2026  $<$  del diritto ferie di un anno + festività soppresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno;  
 - per coloro che non hanno residuo ferie al 01.01.2026: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari ad almeno l'80% del maturato dell'anno riproporzionato sui mesi di servizio.  
 L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa.  
 La percentuale di raggiungimento del target viene valutata come segue:  
 $\geq 90\% = 100\%$   
 $\geq 50\% \text{ e } < 90\% = \text{in proporzione all'intervallo}$   
 $< 50\% = 0\%$

10%

SOSD Controllo di gestione

*In corso d'anno verrà garantito il raffronto dei volumi di attività resi in regime libero professionale con i volumi resi in regime istituzionale*

100%

100%

SCHEDA DI BUDGET 2026 - SOC ONCOLOGIA MEDICA E PREVENZIONE ONCOLOGICA

B - Volumi di attività assistenziale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
26 Attività ambulatoriale	N. prime visite	≥ media biennio 2024-2025 (1.899)	La percentuale di raggiungimento del singolo target viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%	10%	10%							SOSD Controllo di gestione
27 Miglioramento della gestione dei trattamenti oncologici in regime ambulatoriale presso la sede di Aviano da parte delle strutture OMTI, OMP e TCAD	1. definizione e diffusione dei criteri delle modalità di accesso alle terapie mediche non programmate 2. Riduzione dei trattamenti oncologici non programmati	1. evidenza della diffusione ai professionisti interessati 2. ≤ 40%	1. Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% 2. ≤ 40% = 100% > 40% ≤ 42% = 80% > 42% e ≤ 51% = 30% > 51% = 0% L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei target	10%	10%							SOSD Direzione delle professioni sanitarie
28 Garantire l'attività terapia oncologica infusionale presso la sede Pordenone da parte di OMTI e OMP	Numero giorni settimana e pazienti/die da parte delle due strutture	Almeno 4 giornate con 8 pazienti die (obiettivo condiviso tra OMTI e OMP)	Precondizione per la valutazione dell'obiettivo nelle singole settimane (escluse le 8 settimane con festività infrasettimanale) è la presenza di almeno 4 giornate alla settimana. Il target per la singola giornata (4 giornate a settimana) viene valutato come segue: ≥ 8 pazienti = 100% < 8 pazienti: in proporzione	10%	10%							SOSD Direzione delle professioni sanitarie
29 Avvio della telemedicina per l'attività di pre-terapia medica infusione	utilizzo della telemedicina per la casistica individuata dalla direzione (somministrazione terapia medica e lista farmaci)	avvio del sistema a partire dal II semestre	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	10%							SOSD Igiene Ospedaliera
30 Organizzazione attività somministrazione terapia sottocute	organizzazione dell'attività della somministrazione terapia sottocute nella fascia oraria 12-14.30	avvio dal 02/05/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	10%							Direttore Dipartimento DOM

## D - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
38 Favorire l'arruolamento di pazienti in studi clinici interventistici	n. pazienti arruolati in trial a livello di dipartimento	≥ 100	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%							Direzione Scientifica
39 produttività scientifica - variabili attività scientifica	punti di attività scientifica (Per le variabili di struttura operativa, l'obiettivo verrà valutato considerando assieme la SOSD San Vito e la SOSD PN)	≥ 6 punti	Il target si considera raggiunto solo in presenza di almeno 5 punti complessivi per le variabili valutate a livello dipartimento e di almeno 1 punto per le variabili monitorate a livello di struttura operativa	10%	10%							Biblioteca Scientifica

## L - Appropriatelyzza e contenimento spesa prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
31 Ottimizzazione dell'utilizzo dei farmaci DrugDay: analisi della aderenza ai criteri stabiliti per una lista di farmaci individuati dalla farmacia in collaborazione con le strutture cliniche	% applicazione aderenza al criterio del DrugDay (prescrizione esatta nel DDay) rispetto al totale cumulativo di molecole sottoposte a DDay prescritte effettivamente nella pratica clinica	≥ 55%	L'obiettivo viene valutato dal momento in cui verrà definita la lista dei farmaci Al target viene riconosciuta una franchigia del 5% (≥ 50% = 100%)	10%	10%							SOC Farmacia

## M - Sistemi informativi

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
34 Utilizzo delle classificazioni ICD 10 IM e CIPI per i flussi SDO	% di SDO con utilizzo del sistema di classificazione ICD 10 IM e CIPI	100% a partire dalla data di avvio secondo il cronoprogramma regionale	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		15%							SOSD Igiene Ospedaliera

## N - Tempi di attesa

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
33 Migliorare l'appropriatezza delle prescrizioni attraverso l'adozione dei RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei)	predisposizione di una relazione dipartimentale con evidenza dell'applicabilità dei criteri RAO alle prescrizioni degli specialisti	trasmissione della relazione alla direzione sanitaria entro il 25/03/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%								Direzione sanitaria

## O - Rischio clinico

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
32 Corretta gestione cartella clinica	Tempo intercorrente tra dimissione del paziente e la consegna della cartella in direzione sanitaria	100% nei 30 giorni	< 60% = 0% ≥ 60% e < 75% = 50% ≥ 75% e < 85% = 90% ≥ 85% = 100%	10%	10%							SOSD Igiene Ospedaliera

## P - Obiettivo gestionale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
35 Definire il piano di lavoro di una settimana "tipo"	definire attività, tempi e i relativi volumi	trasmissione documento alla direzione sanitaria e controllo di gestione entro il 30/04/2026	Viene riconosciuta una tolleranza di 15 giorni	5%								SOSD Controllo di gestione
36 Gestire le ferie	Stesura del piano ferie annuale della struttura	Invio del piano ferie annuale alla direzione sanitaria entro il 30/04/2026	Viene riconosciuta una tolleranza di 15 giorni	5%								Direzione sanitaria

Gestire le ferie del personale della dirigenza

Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2026

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: fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno;  
 2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico:  
 - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2026  $\geq$  al diritto ferie di un anno + festività sopresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni;  
 - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2026 < del diritto ferie di un anno + festività sopresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno;  
 - per coloro che non hanno residuo ferie al 01.01.2026: fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari ad almeno l'80% del maturato dell'anno riproporzionato sui mesi di servizio.  
 L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa.  
 La percentuale di raggiungimento del target viene valutata come segue:  
 $\geq 90\% = 100\%$   
 $\geq 50\% \text{ e } < 90\% = \text{in proporzione all'intervallo}$   
 $< 50\% = 0\%$

10%						
-----	--	--	--	--	--	--

SOSD Controllo di gestione

**Gli obiettivi presenti in questa scheda si riferiscono sia al personale assegnato alla SOC Oncologia Medica e Prevenzione Oncologica sia al personale assegnato alla SOSD Attività Oncologica presso il Presidio Ospedaliero di Pordenone**

***In corso d'anno verrà garantito il raffronto dei volumi di attività resi in regime libero professionale con i volumi resi in regime istituzionale***

100%	100%					
------	------	--	--	--	--	--

SCHEDA DI BUDGET 2026 - SOC GASTROENTEROLOGIA ONCOLOGICA SPERIMENTALE

B - Volumi di attività assistenziale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
105 Incremento dei volumi delle prime visite priorità B e D	numero prime visite	mantenimento trend del primo bimestre 2026	La percentuale di raggiungimento del singolo target viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%.	20%	20%							SOSD Controllo di gestione
106 volumi prestazioni traccianti (escluse prime visite) tutte le priorità	n. prestazioni ambulatoriali per esterni	≥ 2024	La percentuale di raggiungimento del singolo target viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%.	20%	20%							SOSD Controllo di gestione
107 Garantire il rispetto dei volumi delle prime visite erogate in attività libero-professionale intramuraria (ALPI) rispetto a quelle Istituzionali	Rapporto tra il numero di prime visite in Libera Professione rispetto al numero di prime visite istituzionali	volumi LP non superiori a quelli istituzionali	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	10%							SOSD Controllo di gestione

D - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
113 Favorire l'arruolamento di pazienti in studi clinici interventistici	n. pazienti arruolati in trial a livello di dipartimento	≥ 100	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%							Direzione Scientifica
114 produttività scientifica - variabili attività scientifica	punti di attività scientifica	≥ 6 punti	Il target si considera raggiunto solo in presenza di almeno 5 punti complessivi per le variabili valutate a livello dipartimento e di almeno 1 punto per le variabili monitorate a livello di struttura operativa	10%	10%							Biblioteca Scientifica

## F - Programmi di screening oncologici

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
<b>108</b> Screening colon retto: garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica	% di cartelle endoscopiche compilate correttamente	≥ 95%	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	10%							SOSD Controllo di gestione

## J - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
<b>103</b> Applicazione PDTA regionale sulle Poliposi Familiari	applicazione del PDTA regionale sulle poliposi, con particolare riferimento ai pazienti con più di 20 polipi adenomatosi asportati	i pazienti con più di 20 polipi adenomatosi asportati accedono al test genetico secondo gli indicatori del PDTA a partire dal mese di aprile	Dati rilevati dal G2 dalla SOC di Gastroenterologia	5%	10%							SOC Gastroenterologia
<b>104</b> Programma EndoxESGE per gli esami endoscopici	Applicazioni dei criteri di qualità % dei pazienti con i criteri registrati	≥ 90% a partire dal mese di aprile	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	10%							SOC Gastroenterologia

## L - Appropriatelyzza e contenimento spesa prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
<b>109</b> Percorso per l'introduzione di nuovi dispositivi medici (DM)	Applicazione del nuovo percorso definito dalla SOC di farmacia in collaborazione con le SO	Applicazione del percorso a partire dal II semestre	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%							SOC Farmacia

## P - Obiettivo gestionale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
<b>110</b> Definire il piano di lavoro di una settimana "tipo"	definire attività, tempi e i relativi volumi	trasmissione documento alla direzione sanitaria e controllo di gestione entro il 30/04/2026	Viene riconosciuta una tolleranza di 15 giorni	5%								SOSD Controllo di gestione

111

Gestire le ferie

Stesura del piano ferie annuale della struttura

Invio del piano ferie annuale alla direzione sanitaria entro il 30/04/2026

Viene riconosciuta una tolleranza di 15 giorni

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

Direzione sanitaria

112

Gestire le ferie del personale della dirigenza

Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2026

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: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno;

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

- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2026  $\geq$  al diritto ferie di un anno + festività soppresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni;
- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2026  $<$  del diritto ferie di un anno + festività soppresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno;
- per coloro che non hanno residuo ferie al 01.01.2026: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari ad almeno l'80% del maturato dell'anno riproporzionato sui mesi di servizio.

L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa.

La percentuale di raggiungimento del target viene valutata come segue:

- $\geq 90\% = 100\%$
- $\geq 50\% \text{ e } < 90\% = \text{in proporzione all'intervallo}$
- $< 50\% = 0\%$

10%						
-----	--	--	--	--	--	--

SOSD Controllo di gestione

*In corso d'anno verrà garantito il raffronto dei volumi di attività resi in regime libero professionale con i volumi resi in regime istituzionale*

100%	100%					
------	------	--	--	--	--	--

SCHEDA DI BUDGET 2026 - SOSD ONCOEMATOLOGIA TRAPIANTI EMOPOIETICI E TERAPIE CELLULARI

B - Volumi di attività assistenziale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
52 Attività ambulatoriale	1. N. prime visite 2. N. ricoveri (ordinari, DH) + chemioterapie ambulatoriali (infusionali)	1. ≥ media biennio 2024-2025 (nr. 250) 2. ≥ media biennio 2024-2025 (nr. 6.200)	La percentuale di raggiungimento del singolo target viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0% L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei target	10%	10%						SOSD Controllo di Gestione
53 Miglioramento della gestione dei trattamenti oncologici in regime ambulatoriale presso la sede di Aviano da parte delle strutture OMTI, OMP e TCAD	1. definizione e diffusione dei criteri delle modalità di accesso alle terapie mediche non programmate 2. Riduzione dei trattamenti oncologici non programmati	1. evidenza della diffusione ai professionisti interessati 2. ≤ 40%	1. Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% 2. ≤ 40% = 100% > 40% ≤ 42% = 80% > 42% e ≤ 51% = 30% > 51% = 0% L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei target	10%	10%						SOSD Direzione delle professioni sanitarie
54 Avvio della telemedicina per l'attività di pre-terapia medica infusionale	utilizzo della telemedicina per la casistica individuata dalla direzione (somministrazione terapia medica e lista farmaci)	avvio del sistema a partire dal II semestre	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	10%						SOSD Igiene Ospedaliera
55 Organizzazione attività somministrazione terapia sottocute	organizzazione dell'attività della somministrazione terapia sottocute nella fascia oraria 12-14.30	avvio dal 02/05/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	10%						Direttore Dipartimento DOM

## D - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
63 Favorire l'arruolamento di pazienti in studi clinici interventistici	n. pazienti arruolati in trial a livello di dipartimento	≥ 100	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%							Direzione Scientifica
64 produttività scientifica - variabili attività scientifica	punti di attività scientifica	≥ 6 punti	Il target si considera raggiunto solo in presenza di almeno 5 punti complessivi per le variabili valutate a livello dipartimento e di almeno 1 punto per le variabili monitorate a livello di struttura operativa	10%	10%							Biblioteca Scientifica

## J - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
51 Gestione dei trasferimenti dei pazienti con diagnosi ematologiche	predisposizione documento condiviso con ASFO per la gestione dei trasferimenti dei pazienti con diagnosi ematologiche	entro il 31/07/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	10%							Direzione sanitaria

## L - Appropriatelyzza e contenimento spesa prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
56 Ottimizzazione dell'utilizzo dei farmaci DrugDay: analisi della aderenza ai criteri stabiliti per una lista di farmaci individuati dalla farmacia in collaborazione con le strutture cliniche	% applicazione aderenza al criterio del DrugDay (prescrizione esatta nel DDay) rispetto al totale cumulativo di molecole sottoposte a DDay prescritte effettivamente nella pratica clinica	≥ 55%	L'obiettivo viene valutato dal momento in cui verrà definita la lista dei farmaci Al target viene riconosciuta una franchigia del 5% (≥ 50% = 100%)	10%	10%							SOC Farmacia

## M - Sistemi informativi

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
58 Utilizzo delle classificazioni ICD 10 IM e CIPI per i flussi SDO	% di SDO con utilizzo del sistema di classificazione ICD 10 IM e CIPI	100% a partire dalla data di avvio secondo il cronoprogramma regionale	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	15%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOSD Igiene Ospedaliera

## N - Tempi di attesa

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
57 Migliorare l'appropriatezza delle prescrizioni attraverso l'adozione dei RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei)	predisposizione di una relazione dipartimentale con evidenza dell'applicabilità dei criteri RAO alle prescrizioni degli specialisti	trasmissione della relazione alla direzione sanitaria entro il 25/03/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	5%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Direzione sanitaria

## O - Rischio clinico

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
59 Corretta gestione cartella clinica	Tempo intercorrente tra dimissione del paziente e la consegna della cartella in direzione sanitaria	100% nei 30 giorni	< 60% = 0% ≥ 60% e < 75% = 50% ≥ 75% e < 85% = 90% ≥ 85% = 100%	10%	10%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOSD Igiene Ospedaliera

## P - Obiettivo gestionale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
60 Definire il piano di lavoro di una settimana "tipo"	definire attività, tempi e i relativi volumi	trasmissione documento alla direzione sanitaria e controllo di gestione entro il 30/04/2026	Viene riconosciuta una tolleranza di 15 giorni	5%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOSD Controllo di gestione
61 Gestire le ferie	Stesura del piano ferie annuale della struttura	Invio del piano ferie annuale alla direzione sanitaria entro il 30/04/2026	Viene riconosciuta una tolleranza di 15 giorni	5%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Direzione sanitaria

Gestire le ferie del personale della dirigenza

Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2026

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: fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno;  
 2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico:  
 - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2026  $\geq$  al diritto ferie di un anno + festività sopresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni;  
 - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2026  $<$  del diritto ferie di un anno + festività sopresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno;  
 - per coloro che non hanno residuo ferie al 01.01.2026: fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari ad almeno l'80% del maturato dell'anno riproporzionato sui mesi di servizio.  
 L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa.  
 La percentuale di raggiungimento del target viene valutata come segue:  
 $\geq 90\% = 100\%$   
 $\geq 50\% \text{ e } < 90\% = \text{in proporzione all'intervallo}$   
 $< 50\% = 0\%$

10%

SOSD Controllo di gestione

*In corso d'anno verrà garantito il raffronto dei volumi di attività resi in regime libero professionale con i volumi resi in regime istituzionale*

100%

100%

SCHEDA DI BUDGET 2026 - SOSD ATTIVITÀ ONCOLOGICA PRESSO IL PRESIDIO OSPEDALIERO DI SAN VITO - SPILIMBERGO

B - Volumi di attività assistenziale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
75 Attività ambulatoriale	N. prime visite	≥ anno 2025 (nr. 340)	La percentuale di raggiungimento del singolo target viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%	15%	30%							SOSD Controllo di Gestione
76 Gestire eventuali criticità dell'attività assistenziale nel periodo estivo	valutare le criticità e adottare gli opportuni correttivi	gestione efficace delle eventuali criticità	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	25%							Direzione sanitaria

D - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
82 Favorire l'arruolamento di pazienti in studi clinici interventistici	n. pazienti arruolati in trial a livello di dipartimento	≥ 100	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%							Direzione Scientifica
83 produttività scientifica - variabili attività scientifica	punti di attività scientifica	≥ 6 punti	Il target si considera raggiunto solo in presenza di almeno 5 punti complessivi per le variabili valutate a livello dipartimento e di almeno 1 punto per le variabili monitorate a livello di struttura operativa	10%	10%							Biblioteca Scientifica

## J - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
<b>74</b> Progetto Agenas: monitoraggio sullo stato di attuazione della Rete Nazionale Tumori Rari (RNTR)	Prosecuzione e consolidamento delle attività di monitoraggio sullo stato di attuazione della RNTR, con aggiornamento delle attività del CRO sui tumori rari, rafforzamento della collaborazione con le strutture oncologiche e radioterapiche regionali finalizzata anche alla definizione dei PDTA, e implementazione operativa del collegamento con la rete oncologica regionale secondo le indicazioni del PON 2023–2027	Evidenza documentata dell'avanzamento delle attività previste, con produzione di report di monitoraggio, formalizzazione delle collaborazioni attive e progressiva integrazione nella rete oncologica regionale	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	25%	20%							Direzione Sanitaria

## L - Appropriatelyzza e contenimento spesa prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
<b>77</b> Ottimizzazione dell'utilizzo dei farmaci DrugDay: analisi della aderenza ai criteri stabiliti per una lista di farmaci individuati dalla farmacia in collaborazione con le strutture cliniche	% applicazione aderenza al criterio del DrugDay (prescrizione esatta nel DDay) rispetto al totale cumulativo di molecole sottoposte a DDay prescritte effettivamente nella pratica clinica	≥ 55%	L'obiettivo viene valutato dal momento in cui verrà definita la lista dei farmaci Al target viene riconosciuta una franchigia del 5% (≥ 50% = 100%)	10%	10%							SOC Farmacia

## N - Tempi di attesa

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
<b>78</b> Migliorare l'appropriatelyzza delle prescrizioni attraverso l'adozione dei RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei)	predisposizione di una relazione dipartimentale con evidenza dell'applicabilità dei criteri RAO alle prescrizioni degli specialisti	trasmissione della relazione alla direzione sanitaria entro il 25/03/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%								Direzione sanitaria

## P - Obiettivo gestionale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
<b>79</b> Definire il piano di lavoro di una settimana "tipo"	definire attività, tempi e i relativi volumi	trasmissione documento alla direzione sanitaria e controllo di gestione entro il 30/04/2026	Viene riconosciuta una tolleranza di 15 giorni	5%							SOSD Controllo di gestione
<b>80</b> Gestire le ferie	Stesura del piano ferie annuale della struttura	Invio del piano ferie annuale alla direzione sanitaria entro il 30/04/2026	Viene riconosciuta una tolleranza di 15 giorni	5%							Direzione sanitaria
<b>81</b> Gestire le ferie del personale della dirigenza	Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2026	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: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno;</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 01.01.2026 <math>\geq</math> al diritto ferie di un anno + festività soppresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni;</li> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2026 <math>&lt;</math> del diritto ferie di un anno + festività soppresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno;</li> <li>- per coloro che non hanno residuo ferie al 01.01.2026: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari ad almeno l'80% del maturato dell'anno riproporzionato sui mesi di servizio.</li> </ul> <p>L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa. La percentuale di raggiungimento del target viene valutata come segue:  <math>\geq 90\% = 100\%</math>  <math>\geq 50\% \text{ e } &lt; 90\% = \text{in proporzione all'intervallo}</math>  <math>&lt; 50\% = 0\%</math></p>	10%						SOSD Controllo di gestione	
				100%	100%						

SCHEDA DI BUDGET 2026 - SOSD ONCODERMATOLOGIA

B - Volumi di attività assistenziale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
<b>90</b> Percorso del follow-up	aggiornamento del percorso per l'attività di follow-up (liste pre-appointamenti)	entro il mese di luglio	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	15%	20%							SOSD Oncodermatologia
<b>91</b> Analisi dei casi di prestazioni con priorità B-D che sfiorano i tempi	indagine campionaria dei casi nel periodo 2025	evidenza della realizzazione dell'indicatore	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	10%							SOSD Oncodermatologia
<b>92</b> Attività ambulatoriale	prime visite dermatologiche priorità B-D	ripristino volumi 2024 (l'incremento è condizionato a un dirigente in più a partire da giugno)	La percentuale di raggiungimento del singolo target viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%.	20%	25%							SOSD Controllo di gestione

D - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
<b>98</b> Favorire l'arruolamento di pazienti in studi clinici interventistici	n. pazienti arruolati in trial a livello di dipartimento	≥ 100	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%							Direzione Scientifica
<b>99</b> produttività scientifica - variabili attività scientifica	punti di attività scientifica	≥ 6 punti	Il target si considera raggiunto solo in presenza di almeno 5 punti complessivi per le variabili valutate a livello dipartimento e di almeno 1 punto per le variabili monitorate a livello di struttura operativa	10%	10%							Biblioteca Scientifica

## M - Sistemi informativi

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
94 Utilizzo di log80	Avvio utilizzo cartella oncologica	a partire dal mese di aprile	Viene riconosciuta una tolleranza di 30 giorni	20%	30%							Ufficio accesso ai percorsi clinici

## N - Tempi di attesa

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
93 Migliorare l'appropriatezza delle prescrizioni attraverso l'adozione dei RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei)	predisposizione di una relazione dipartimentale con evidenza dell'applicabilità dei criteri RAO alle prescrizioni degli specialisti	trasmissione della relazione alla direzione sanitaria entro il 25/03/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%								Direzione sanitaria

## P - Obiettivo gestionale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
95 Definire il piano di lavoro di una settimana "tipo"	definire attività, tempi e i relativi volumi	trasmissione documento alla direzione sanitaria e controllo di gestione entro il 31/07/2026	Viene riconosciuta una tolleranza di 15 giorni	5%								SOSD Controllo di gestione
96 Gestire le ferie	Stesura del piano ferie annuale della struttura	Invio del piano ferie annuale alla direzione sanitaria entro il 30/04/2026	Viene riconosciuta una tolleranza di 15 giorni	5%								Direzione sanitaria

Gestire le ferie del personale della dirigenza

Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2026

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: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno;  
 2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico:  
 - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2026  $\geq$  al diritto ferie di un anno + festività soppresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni;  
 - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2026  $<$  del diritto ferie di un anno + festività soppresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno;  
 - per coloro che non hanno residuo ferie al 01.01.2026: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari ad almeno l'80% del maturato dell'anno riproporzionato sui mesi di servizio.  
 L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa.  
 La percentuale di raggiungimento del target viene valutata come segue:  
 $\geq 90\% = 100\%$   
 $\geq 50\% \text{ e } < 90\% = \text{in proporzione all'intervallo}$   
 $< 50\% = 0\%$

10%						
-----	--	--	--	--	--	--

SOSD Controllo di gestione

*In corso d'anno verrà garantito il raffronto dei volumi di attività resi in regime libero professionale con i volumi resi in regime istituzionale*

100%	100%					
------	------	--	--	--	--	--

SCHEDA DI BUDGET 2026 - SOC CHIRURGIA ONCOLOGICA GENERALE

A - Attività di sala operatoria

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
<p><b>260</b></p> <p>Miglioramento efficienza di sala operatoria</p>	<p>1. % prime incisioni entro i seguenti orari: - max 8:30 per gli interventi in DH - max 9:00 per gli interventi di media chirurgia - max 9:30 per gli interventi di alta chirurgia. La suddivisione degli interventi in piccola, media e alta chirurgia è in rapporto al tipo di anestesia. 2. % ultime suture tra le 13.30 e le 15.30 (ad eccezione degli interventi con durata superiore a 6 ore)</p>	<p>1. ≥ l'85% degli interventi rispettano l'orario di inizio 2. almeno l'80% degli interventi rispettano l'orario stabilito</p>	<p>L'obiettivo viene valutato secondo un'analisi campionaria. Le percentuali di raggiungimento vengono valutate come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e &lt; 95% = in proporzione all'intervallo &lt; 50% = 0%. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei singoli target</p>	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<p>SOSD Controllo di gestione/Direzione sanitaria</p>
<p><b>261</b></p> <p>Corretta programmazione sale operatorie</p>	<p>1. inserimento delle informazioni obbligatorie previste dalla normativa vigente 2. numero di richieste riaperture registro sala</p>	<p>1. ≥ 90% 2. ≤ 2% degli interventi effettuati</p>	<p>1. Informazioni monitorate dal registro di SO: tipo intervento, durata, sala ed equipe. La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e &lt; 95% = in proporzione all'intervallo &lt; 50% = 0% 2. Il target viene valutato come segue: ≤ 2% = 100% &gt; 2% e ≤ 5% = 50% &gt; 5% = 0% L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei singoli target</p>	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<p>SOSD Controllo di gestione/Direzione sanitaria</p>

## B - Volumi di attività assistenziale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
258 Attività chirurgica ambulatoriale	Numero di interventi chirurgici ambulatoriali	≥ anno 2025 (1.200 asportazioni)	La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%	5%	5%							SOSD Controllo di gestione
259 Ridurre i tempi di attesa per gli allargamenti del melanoma	numero di allargamenti melanoma	≥ 13 casi entro il 30/04/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%								SOC Chirurgia Generale
262 attività chirurgica	numero di interventi chirurgici complessivi	≥ anno 2025 (nr. 499 interventi)	La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%	10%	10%							SOSD Controllo di gestione

## D - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
269 Partecipazione a studi multicentrici nazionali (non interventistico)	Numero di pazienti arruolati	≥ 10 pazienti arruolati	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%							SOC Chirurgia Oncologica Generale
270 produttività scientifica - variabili attività scientifica	punti di attività scientifica	≥ 6 punti	Il target si considera raggiunto solo in presenza di almeno 5 punti complessivi per le variabili valutate a livello dipartimento e di almeno 1 punto per le variabili monitorate a livello di struttura operativa	10%	10%							Biblioteca Scientifica

## J - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE
257	Re-ricovero colon-retto	≤ 8%	Il risultato viene valutato come segue: ≤ 8% = 100% > 8% e ≤ 10% = 50% > 10% = 0%

PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
5%							SOC Chirurgia Oncologica Generale

## L - Appropriatelyzza e contenimento spesa prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE
263	Applicazione del nuovo percorso definito dalla SOC di farmacia in collaborazione con le SO	applicazione del percorso a partire dal II semestre	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%

PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
5%	5%						SOC Farmacia

## M - Sistemi informativi

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE
267	% di SDO con utilizzo del sistema di classificazione ICD 10 IM e CIPI	100% a partire dalla data di avvio secondo il cronoprogramma regionale	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%

PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
	15%						SOSD Igiene Ospedaliera

## N - Tempi di attesa

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE
266	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici colon, retto e melanoma	≥ 90%	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%

PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
15%	15%						SOSD Controllo di gestione

## O - Rischio clinico

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
264 Corretta gestione cartella clinica	Tempo intercorrente tra dimissione del paziente e la consegna della cartella in direzione sanitaria	100% nei 30 giorni	< 60% = 0% ≥ 60% e < 75% = 50% ≥ 75% e < 85% = 90% ≥ 85% = 100%	10%	10%							SOSD Igiene Ospedaliera

## P - Obiettivo gestionale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
268 definire il piano di lavoro di una settimana "tipo" relativo al II semestre 2026	definire attività, tempi e i relativi volumi	trasmissione documento alla direzione sanitaria e controllo di gestione	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%								SOSD Controllo di gestione

## Q - Percorsi di cura

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
265 Progettazione e implementazione dei PDTA AZIENDALI del paziente affetto da neoplasia di: - colon - retto - utero - ovaio - prostata	La struttura parteciperà per la parte di competenza all'adozione dei PDTA Aziendale unici CRO-ASFO per le patologie individuate	entro il 31/12/2026	L'obiettivo è declinato in modo uguale nelle schede delle strutture. La struttura parteciperà ai PDTA per la parte di propria competenza. Le percentuali di raggiungimento dei singoli target vengono valutate come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei target	5%	5%							Direzione sanitaria

*In corso d'anno verrà garantito il raffronto dei volumi di attività resi in regime libero professionale con i volumi resi in regime istituzionale*

100%	100%					
------	------	--	--	--	--	--

SCHEDA DI BUDGET 2026 - SOC CHIRURGIA ONCOLOGICA GINECOLOGICA

A - Attività di sala operatoria

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
<p><b>234</b></p> <p>Miglioramento efficienza di sala operatoria</p>	<p>1. % prime incisioni entro i seguenti orari: - max 8:30 per gli interventi in DH - max 9:00 per gli interventi di media chirurgia - max 9:30 per gli interventi di alta chirurgia. La suddivisione degli interventi in piccola, media e alta chirurgia è in rapporto al tipo di anestesia. 2. % ultime suture tra le 13.30 e le 15.30 (ad eccezione degli interventi con durata superiore a 6 ore)</p>	<p>1. ≥ l'85% degli interventi rispettano l'orario di inizio 2. almeno l'80% degli interventi rispettano l'orario stabilito</p>	<p>L'obiettivo viene valutato secondo un'analisi campionaria. Le percentuali di raggiungimento vengono valutate come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e &lt; 95% = in proporzione all'intervallo &lt; 50% = 0%. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei singoli target</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">10%</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">10%</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>	<p>SOSD Controllo di gestione/Direzione sanitaria</p>						
<p><b>235</b></p> <p>Corretta programmazione sale operatorie</p>	<p>1. inserimento delle informazioni obbligatorie previste dalla normativa vigente 2. numero di richieste riaperture registro sala</p>	<p>1. ≥ 90% 2. ≤ 2% degli interventi effettuati</p>	<p>1. Informazioni monitorate dal registro di SO: tipo intervento, durata, sala ed equipe. La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e &lt; 95% = in proporzione all'intervallo &lt; 50% = 0% 2. Il target viene valutato come segue: ≤ 2% = 100% &gt; 2% e ≤ 5% = 50% &gt; 5% = 0% L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei singoli target</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">10%</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">10%</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>	<p>SOSD Controllo di gestione/Direzione sanitaria</p>						

## B - Volumi di attività assistenziale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
236 Attività chirurgica	1. n. interventi ovaio 2. n. interventi utero	1. ≥ anno 2025: 42 2. ≥ anno 2025: 76	Le percentuali di raggiungimento vengono valutate come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo < 50% = 0% L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target	10%	10%							SOSD Controllo di gestione

## D - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
246 produttività scientifica - variabili attività scientifica	punti di attività scientifica	≥ 6 punti	Il target si considera raggiunto solo in presenza di almeno 5 punti complessivi per le variabili valutate a livello dipartimento e di almeno 1 punto per le variabili monitorate a livello di struttura operativa	10%	10%							Biblioteca Scientifica

## L - Appropriatelyzza e contenimento spesa prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
237 Percorso per l'introduzione di nuovi dispositivi medici (DM)	Applicazione del nuovo percorso definito dalla SOC di farmacia in collaborazione con le SO	applicazione del percorso a partire dal II semestre	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%							SOC Farmacia

## M - Sistemi informativi

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
242 Utilizzo delle classificazioni ICD 10 IM e CIPI per i flussi SDO	% di SDO con utilizzo del sistema di classificazione ICD 10 IM e CIPI	100% a partire dalla data di avvio secondo il cronoprogramma regionale	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%		15%							SOSD Igiene Ospedaliera

## N - Tempi di attesa

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
<b>240</b> Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione degli interventi chirurgici (utero)	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	≥ 90%	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	15%							SOSD Controllo di gestione
<b>241</b> Incremento del rispetto tempi di attesa per i primi accessi per esami strumentali B garantiti EX-POST	Garantire il rispetto dei tempi di attesa per le visite ginecologiche priorità B	≥ 90%	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	10%							SOSD Controllo di gestione

## O - Rischio clinico

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
<b>238</b> Corretta gestione cartella clinica	Tempo intercorrente tra dimissione del paziente e la consegna della cartella in direzione sanitaria	100% nei 30 giorni	< 60% = 0% ≥ 60% e < 75% = 50% ≥ 75% e < 85% = 90% ≥ 85% = 100%	10%	10%							SOSD Igiene Ospedaliera

## P - Obiettivo gestionale

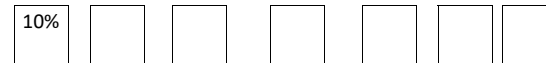
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
<b>243</b> definire il piano di lavoro di una settimana "tipo"	definire attività, tempi e i relativi volumi	trasmissione documento alla direzione sanitaria e controllo di gestione entro il 30/04/2026	Viene riconosciuta una tolleranza di 15 giorni	5%								SOSD Controllo di gestione
<b>244</b> Gestire le ferie	Stesura del piano ferie annuale della struttura	Invio del piano ferie annuale alla direzione sanitaria entro il 30/04/2026	Viene riconosciuta una tolleranza di 15 giorni	5%								Direzione sanitaria

Gestire le ferie del personale della dirigenza

Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2026

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: fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno;  
 2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico:  
 - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2026  $\geq$  al diritto ferie di un anno + festività sopresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni;  
 - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2026 < del diritto ferie di un anno + festività sopresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno;  
 - per coloro che non hanno residuo ferie al 01.01.2026: fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari ad almeno l'80% del maturato dell'anno riproporzionato sui mesi di servizio.  
 L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa.  
 La percentuale di raggiungimento del target viene valutata come segue:  
 $\geq 90\% = 100\%$   
 $\geq 50\% \text{ e } < 90\% = \text{in proporzione all'intervallo}$   
 $< 50\% = 0$



SOSD Controllo di gestione

## Q - Percorsi di cura

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
<b>239</b> Progettazione e implementazione dei PDTA AZIENDALI del paziente affetto da neoplasia di: - colon - retto - utero - ovaio - prostata	La struttura parteciperà per la parte di competenza all'adozione dei PDTA Aziendale unici CRO-ASFO per le patologie individuate	entro il 31/12/2026	L'obiettivo è declinato in modo uguale nelle schede delle strutture. La struttura parteciperà ai PDTA per la parte di propria competenza. Le percentuali di raggiungimento dei singoli target vengono valutate come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei target	5%	5%							Direzione sanitaria



*In corso d'anno verrà garantito il raffronto dei volumi di attività resi in regime libero professionale con i volumi resi in regime istituzionale*

SCHEDA DI BUDGET 2026 - SOC CHIRURGIA ONCOLOGICA DEL SENO

A - Attività di sala operatoria

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
<p><b>281</b></p> <p>Miglioramento efficienza di sala operatoria</p>	<p>1. % prime incisioni entro i seguenti orari: - max 8:30 per gli interventi in DH - max 9:00 per gli interventi di media chirurgia - max 9:30 per gli interventi di alta chirurgia. La suddivisione degli interventi in piccola, media e alta chirurgia è in rapporto al tipo di anestesia. 2. % ultime suture tra le 13.30 e le 15.30</p>	<p>1. ≥ l'85% degli interventi rispettano l'orario di inizio 2. almeno l'80% degli interventi rispettano l'orario stabilito</p>	<p>L'obiettivo viene valutato secondo un'analisi campionaria. Le percentuali di raggiungimento vengono valutate come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e &lt; 95% = in proporzione all'intervallo &lt; 50% = 0%. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei singoli target</p>	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<p>SOSD Controllo di gestione/Direzione sanitaria</p>
<p><b>282</b></p> <p>Corretta programmazione sale operatorie</p>	<p>1. inserimento delle informazioni obbligatorie previste dalla normativa vigente 2. numero di richieste riaperture registro sala</p>	<p>1. ≥ 90% 2. ≤ 2% degli interventi effettuati</p>	<p>1. Informazioni monitorate dal registro di SO: tipo intervento, durata, sala ed equipe. La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e &lt; 95% = in proporzione all'intervallo &lt; 50% = 0% 2. Il target viene valutato come segue: ≤ 2% = 100% &gt; 2% e ≤ 5 % = 50% &gt; 5% = 0% L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei singoli target</p>	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<p>SOSD Controllo di gestione/Direzione sanitaria</p>

## B - Volumi di attività assistenziale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
283 Attività chirurgica	N. interventi mammella	≥ 600 interventi	Le percentuali di raggiungimento vengono valutate come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%	10%	10%							SOSD Controllo di gestione

## D - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
291 produttività scientifica - variabili attività scientifica	punti di attività scientifica	≥ 6 punti	Il target si considera raggiunto solo in presenza di almeno 5 punti complessivi per le variabili valutate a livello dipartimento e di almeno 1 punto per le variabili monitorate a livello di struttura operativa	10%	10%							Biblioteca Scientifica

## J - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
279 Attivazione GAMO "Breast Unit" unico CRO-ASFO	GAMO unico CRO-ASFO pienamente operativo	evidenza di almeno 75% di presenza dipendenti ASFO	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	10%							SOC Chirurgia Oncologica del Seno
280 Utilizzo dispositivo SCOUT per posizionamento repere pre operatorio	n. posizionamenti repere pre-operatorio con utilizzo del dispositivo scout	≥ n. 100 dispositivi e < 150 utilizzati entro il 31.12.26	Per i casi superiori a 150 va richiesta l'autorizzazione preventiva della spesa alla direzione		5%							Direzione sanitaria

## L - Appropriatelyzza e contenimento spesa prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE
284	Percorso per l'introduzione di nuovi dispositivi medici (DM)	Applicazione del nuovo percorso definito dalla SOC di farmacia in collaborazione con le SO	applicazione del percorso a partire dal II semestre
			Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%

PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
5%	5%						SOC Farmacia

## M - Sistemi informativi

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE
287	Utilizzo delle classificazioni ICD 10 IM e CIPI per i flussi SDO	% di SDO con utilizzo del sistema di classificazione ICD 10 IM e CIPI	100% a partire dalla data di avvio secondo il cronoprogramma regionale
			Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%

PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
	15%						SOSD Igiene Ospedaliera

## N - Tempi di attesa

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE
286	Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione degli interventi chirurgici (mammella)	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici mammella	≥ 90%
			Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%

PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
15%	15%						SOSD Controllo di gestione

## O - Rischio clinico

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE
285	Corretta gestione cartella clinica	Tempo intercorrente tra dimissione del paziente e la consegna della cartella in direzione sanitaria	100% nei 30 giorni
			< 60% = 0% ≥ 60% e < 75% = 50% ≥ 75% e < 85% = 90% ≥ 85% = 100%

PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
10%	10%						SOSD Igiene Ospedaliera

## P - Obiettivo gestionale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
<b>288</b> definire il piano di lavoro di una settimana "tipo"	definire attività, tempi e i relativi volumi	trasmissione documento alla direzione sanitaria e controllo di gestione entro il 30/04/2026	Viene riconosciuta una tolleranza di 15 giorni	5%							SOSD Controllo di gestione
<b>289</b> Gestire le ferie	Stesura del piano ferie annuale della struttura	Invio del piano ferie annuale alla direzione sanitaria entro il 30/04/2026	Viene riconosciuta una tolleranza di 15 giorni	5%							Direzione sanitaria
<b>290</b> Gestire le ferie del personale della dirigenza	Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2026	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: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno;</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 01.01.2026 <math>\geq</math> al diritto ferie di un anno + festività soppresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni;</li> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2026 &lt; del diritto ferie di un anno + festività soppresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno;</li> <li>- per coloro che non hanno residuo ferie al 01.01.2026: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari ad almeno l'80% del maturato dell'anno riproporzionato sui mesi di servizio.</li> </ul> <p>L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa. La percentuale di raggiungimento del target viene valutata come segue:  <math>\geq 90\% = 100\%</math>  <math>\geq 50\% \text{ e } &lt; 90\% = \text{in proporzione all'intervallo}</math>  <math>&lt; 50\% = 0\%</math></p>	10%						SOSD Controllo di gestione	
<i>In corso d'anno verrà garantito il raffronto dei volumi di attività resi in regime libero professionale con i volumi resi in regime istituzionale</i>				100%	100%						

SCHEDA DI BUDGET 2026 - SOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE

A - Attività di sala operatoria

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
<p><b>202</b></p> <p>Miglioramento efficienza di sala operatoria</p>	<p>% prime incisioni entro i seguenti orari: - max 8:30 per gli interventi in DH - max 9:00 per gli interventi di media chirurgia - max 9:30 per gli interventi di alta chirurgia. La suddivisione degli interventi in piccola, media e alta chirurgia è in rapporto al tipo di anestesia.</p>	<p>≥ l'85% degli interventi rispettano l'orario di inizio</p>	<p>L'obiettivo viene valutato secondo un'analisi campionaria. La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e &lt; 95% = in proporzione all'intervallo &lt; 50% = 0%.</p>	<p>10%</p>	<p>10%</p>							<p>SOSD Controllo di gestione/Direzione sanitaria</p>
<p><b>203</b></p> <p>Corretta programmazione sale operatorie</p>	<p>1. inserimento delle informazioni obbligatorie previste dalla normativa vigente 2. numero di richieste riaperture registro sala</p>	<p>1. ≥ 90% 2. ≤ 2% degli interventi effettuati</p>	<p>1. Informazioni monitorate dal registro di SO: tipo anestesia, tempo di permanenza e tempo di anestesia. La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e &lt; 95% = in proporzione all'intervallo &lt; 50% = 0% 2. Il target viene valutato come segue: ≤ 2% = 100% &gt; 2% e ≤ 5% = 50% &gt; 5% = 0% L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei singoli target</p>	<p>5%</p>	<p>5%</p>							<p>SOSD Controllo di gestione/Direzione sanitaria</p>

B - Volumi di attività assistenziale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
<p><b>204</b></p> <p>Attività ambulatoriale</p>	<p>Numero di prestazioni (per esterni e per interni)</p>	<p>≥ volumi 2025 al netto dell'attività riferita all'obiettivo "riorganizzazione attività posizionamento accessi vascolari"</p>	<p>La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e &lt; 95% = in proporzione all'intervallo &lt;50% = 0%</p>	<p>15%</p>	<p>15%</p>							<p>SOSD Controllo di gestione</p>

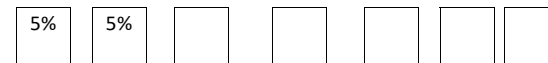
205

Riorganizzazione attività  
posizionamento accessi  
vascolari

Numero accessi vascolari

≥ volumi anno 2025

La percentuale di raggiungimento viene valutata  
come segue:  
≥ 95% = 100%  
≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo  
< 50% = 0%



SOSD Controllo  
di gestione

## D - Ricerca

OBIETTIVO

INDICATORI/ATTIVITA'

TARGET

CRITERI VALUTAZIONE

PESI INCENTIVAZIONE

RESPONSABILE  
MONITORAGGIO

responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)
--------------	-----------	--------------------------	----------------------------	----------	--------------	-------------------

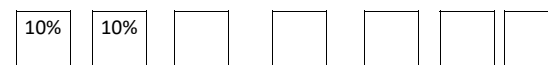
213

produttività scientifica -  
variabili attività scientifica

punti di attività scientifica

≥ 6 punti

Il target si considera raggiunto solo in presenza  
di almeno 5 punti complessivi per le variabili  
valutate a livello dipartimento e di almeno 1  
punto per le variabili monitorate a livello di  
struttura operativa



Biblioteca  
Scientifica

## J - Progettualità aziendali

OBIETTIVO

INDICATORI/ATTIVITA'

TARGET

CRITERI VALUTAZIONE

PESI INCENTIVAZIONE

RESPONSABILE  
MONITORAGGIO

responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)
--------------	-----------	--------------------------	----------------------------	----------	--------------	-------------------

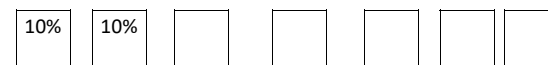
200

Revisione protocollo aziendale  
della profilassi antibiotica  
preoperatoria

Collaborazione con la SOSD Igiene  
Ospedaliera e rischio clinico per la  
revisione e stesura del protocollo

Evidenza della revisione entro dicembre  
2026

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



SOC Anestesia  
e Rianimazione

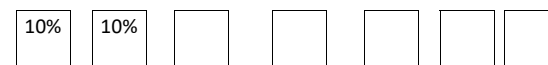
201

Revisione scheda di valutazione  
anestesiologica preoperatoria

Collaborazione con l'area  
infermieristica per la revisione della  
scheda integrata medico-  
infermieristica di valutazione  
anestesiologica preoperatoria

Evidenza della revisione entro dicembre  
2026

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



SOC Anestesia  
e Rianimazione

## L - Appropriatelyzza e contenimento spesa prodotti sanitari

OBIETTIVO

INDICATORI/ATTIVITA'

TARGET

CRITERI VALUTAZIONE

PESI INCENTIVAZIONE

RESPONSABILE  
MONITORAGGIO

responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)
--------------	-----------	--------------------------	----------------------------	----------	--------------	-------------------

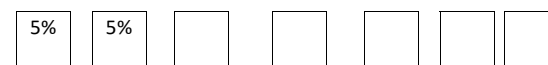
206

Percorso per l'introduzione di  
nuovi dispositivi medici (DM)

Applicazione del nuovo percorso  
definito dalla SOC di farmacia in  
collaborazione con le SO

applicazione del percorso a partire dal II  
semestre

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



SOC Farmacia

## M - Sistemi informativi

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
<b>209</b> Utilizzo delle classificazioni ICD 10 IM e CIPI per i flussi SDO	% di SDO con utilizzo del sistema di classificazione ICD 10 IM e CIPI	100% a partire dalla data di avvio secondo il cronoprogramma regionale	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		15%							SOSD Igiene Ospedaliera

## O - Rischio clinico

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
<b>207</b> Corretta gestione cartella clinica	Tempo intercorrente tra dimissione del paziente e la consegna della cartella in direzione sanitaria	100% nei 30 giorni	< 60% = 0% ≥ 60% e < 75% = 50% ≥ 75% e < 85% = 90% ≥ 85% = 100%	5%	10%							SOSD Igiene Ospedaliera

## P - Obiettivo gestionale

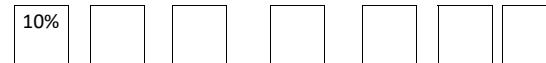
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
<b>210</b> definire il piano di lavoro di una settimana "tipo"	definire attività, tempi e i relativi volumi	trasmissione documento alla direzione sanitaria e controllo di gestione entro il 30/04/2026	Viene riconosciuta una tolleranza di 15 giorni	5%								SOSD Controllo di gestione
<b>211</b> Gestire le ferie	Stesura del piano ferie annuale della struttura	Invio del piano ferie annuale alla direzione sanitaria entro il 30/04/2026	Viene riconosciuta una tolleranza di 15 giorni	5%								Direzione sanitaria

Gestire le ferie del personale della dirigenza

Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2026

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

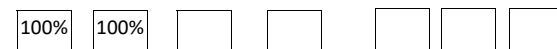
1. per coloro che hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno;  
 2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico:  
 - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2026  $\geq$  al diritto ferie di un anno + festività sopresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni;  
 - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2026  $<$  del diritto ferie di un anno + festività sopresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno;  
 - per coloro che non hanno residuo ferie al 01.01.2026: fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari ad almeno l'80% del maturato dell'anno riproporzionato sui mesi di servizio.  
 L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa.  
 La percentuale di raggiungimento del target viene valutata come segue:  
 $\geq 90\% = 100\%$   
 $\geq 50\% \text{ e } < 90\% = \text{in proporzione all'intervallo}$   
 $< 50\% = 0\%$



SOSD Controllo di gestione

## Q - Percorsi di cura

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.		Coll. Ric. (D)
<b>208</b> Progettazione e implementazione dei PDTA AZIENDALI del paziente affetto da neoplasia di: - colon - retto - utero - ovaio - prostata	La struttura parteciperà per la parte di competenza all'adozione dei PDTA Aziendale unici CRO-ASFO per le patologie individuate	entro il 31/12/2026	L'obiettivo è declinato in modo uguale nelle schede delle strutture. La struttura parteciperà ai PDTA per la parte di propria competenza. Le percentuali di raggiungimento dei singoli target vengono valutate come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei target	5%	5%						Direzione sanitaria



*In corso d'anno verrà garantito il raffronto dei volumi di attività resi in regime libero professionale con i volumi resi in regime istituzionale*

SCHEDA DI BUDGET 2026 - SOSD MEDICINA DEL DOLORE CLINICA E SPERIMENTALE

B - Volumi di attività assistenziale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
<b>219</b> Attivazione ambulatorio di biomeccanica per riabilitazione senologica	n. visite	≥ 100 valutazione	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	10%							SOSD Controllo di gestione
<b>220</b> Missione 6 C1 I1.2.3 – Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici	Raggiungimento dei target di prese in carico attraverso i servizi di telemedicina previsti dal Decreto del 19/02/2025	≥ 10 al mese a partire dall'avvio del sistema	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	10%							SOSD Igiene Ospedaliera
<b>221</b> volumi attività ambulatoriale e DH	1. numero prestazioni ambulatoriali 2. numero DH	1. numero prestazioni ambulatoriali: ≥ volumi 2025 (al netto dei volumi degli obiettivi precedenti) 2. numero DH: ≥ volumi 2025	La percentuale di raggiungimento dei singoli target viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0% L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target	30%	30%							SOSD Controllo di gestione
<b>222</b> Gestione delle richieste di consulenza da parte delle strutture	Evasione delle richieste di consulenza entro 48 ore	il 90% delle consulenze sono evase entro 48 ore (nel calcolo non si considerano i sabati e le domeniche)	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	20%							SOSD Controllo di gestione

D - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
<b>229</b> produttività scientifica - variabili attività scientifica	punti di attività scientifica	≥ 6 punti	Il target si considera raggiunto solo in presenza di almeno 5 punti complessivi per le variabili valutate a livello dipartimento e di almeno 1 punto per le variabili monitorate a livello di struttura operativa	10%	10%							Biblioteca Scientifica

## L - Appropriatelyzza e contenimento spesa prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
<b>224</b> Percorso per l'introduzione di nuovi dispositivi medici (DM)	Applicazione del nuovo percorso definito dalla SOC di farmacia in collaborazione con le SO	applicazione del percorso a partire dal II semestre	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%							SOC Farmacia

## M - Sistemi informativi

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
<b>225</b> Utilizzo delle classificazioni ICD 10 IM e CIPI per i flussi SDO	% di SDO con utilizzo del sistema di classificazione ICD 10 IM e CIPI	100% a partire dalla data di avvio secondo il cronoprogramma regionale	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%		15%							SOSD Igiene Ospedaliera

## P - Obiettivo gestionale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
<b>226</b> definire il piano di lavoro di una settimana "tipo"	definire attività, tempi e i relativi volumi	trasmissione documento alla direzione sanitaria e controllo di gestione entro il 30/04/2026	Viene riconosciuta una tolleranza di 15 giorni	5%								SOSD Controllo di gestione
<b>227</b> Gestire le ferie	Stesura del piano ferie annuale della struttura	Invio del piano ferie annuale alla direzione sanitaria entro il 30/04/2026	Viene riconosciuta una tolleranza di 15 giorni	5%								Direzione sanitaria

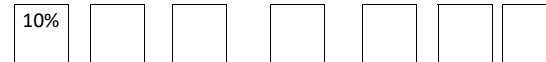
228

Gestire le ferie del personale della dirigenza

Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2026

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: fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno;  
 2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico:  
 - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2026  $\geq$  al diritto ferie di un anno + festività sopresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni;  
 - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2026  $<$  del diritto ferie di un anno + festività sopresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno;  
 - per coloro che non hanno residuo ferie al 01.01.2026: fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari ad almeno l'80% del maturato dell'anno riproporzionato sui mesi di servizio.  
 L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa.  
 La percentuale di raggiungimento del target viene valutata come segue:  
 $\geq 90\% = 100\%$   
 $\geq 50\% \text{ e } < 90\% = \text{in proporzione all'intervallo}$   
 $< 50\% = 0\%$



SOSD Controllo di gestione

## Q - Percorsi di cura

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
<b>223</b> Progettazione e implementazione dei PDTA AZIENDALI del paziente affetto da neoplasia di: - colon - retto - utero - ovaio - prostata	La struttura parteciperà per la parte di competenza all'adozione dei PDTA Aziendale unici CRO-ASFO per le patologie individuate	entro il 31/12/2026	L'obiettivo è declinato in modo uguale nelle schede delle strutture. La struttura parteciperà ai PDTA per la parte di propria competenza. Le percentuali di raggiungimento dei singoli target vengono valutate come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei target	5%								Direzione sanitaria
<i>In corso d'anno verrà garantito il raffronto dei i volumi di attività resi in regime libero professionale con i volumi resi in regime istituzionale</i>				100%	100%							

SCHEDA DI BUDGET 2026 - SOC ONCOLOGIA RADIOTERAPICA

B - Volumi di attività assistenziale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
429 Attività ambulatoriale	N. prime visite	≥ media biennio 2024-2025 (comprese visite ambulatorio ORL)	La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo < 50% = 0%	15%	15%							SOSD Controllo di gestione
430 Attività ambulatoriale	N. prestazioni escluse prime visite e follow-up	≥ anno 2025	La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo < 50% = 0%	10%	10%							SOSD Controllo di gestione

D - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
441 produttività scientifica - variabili attività scientifica	punti di attività scientifica (Per le variabili di struttura operativa, l'obiettivo verrà valutato considerando assieme la SOC di Oncologia Radioterapica e la SOSD Area giovani)	≥ 6 punti	Il target si considera raggiunto solo in presenza di almeno 5 punti complessivi per le variabili valutate a livello dipartimento e di almeno 1 punto per le variabili monitorate a livello di struttura operativa	10%	10%						20%	Biblioteca Scientifica

J - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
431 Prosecuzione dei tavoli di lavoro sulla protonterapia	- Numero di tavoli/meeting realizzati - report prodotti e condivisi	- Almeno 4 tavoli di lavoro tenuti nel 2026 - report finale sintetico depositato entro 31/12/2026	- Verbali firmati delle riunioni (con data, partecipanti e argomenti) - report conclusivo protocollato e distribuito agli stakeholder - evidenza di follow-up azioni derivanti dai tavoli	15%	20%							SOC Oncologia Radioterapica

<b>432</b>	Completamento procedura per i pazienti non LEA ed i pazienti stranieri in trattamento con protonterapia	- Redazione e approvazione procedura interna - definizione flussi autorizzativi (es. richiesta SSN/Regione per non LEA, accordi bilaterali per estero, rimborsi)	Procedura formalmente approvata e depositata in protocollo aziendale entro 31/12/2026	Evidenza della procedura protocollata	10%	10%							SOC Oncologia Radioterapica
------------	---	---	---	---------------------------------------	-----	-----	--	--	--	--	--	--	-----------------------------

<b>433</b>	Acquisizione della nuova TC SIM	- Definizione capitolato tecnico (tipologia TC SIM, opzionali, requisiti dosimetrici, compatibilità con Tomoterapia/protoni) - avvio procedura Consip (o altra centrale se applicabile) - iter di approvazione interna (decreto, CIG, determina a contrarre)	- Tipologia attrezzatura e opzionali definiti entro 30/04/2026 - procedura Consip (o equivalente) definitivamente avviata (pubblicazione bando o richiesta adesione AQ) entro 30/06/2026	Evidenza della pubblicazione su portale Consip/GURI o richiesta formale di adesione ad Accordo Quadro	10%	10%							SOC Oncologia Radioterapica
------------	---------------------------------	--	---	---	-----	-----	--	--	--	--	--	--	-----------------------------

<b>1217</b>	Progetto di scrittura e attivazione del protocollo nazionale per i linfomi di Hodgkin pediatrici	Attivazione del protocollo nazionale per i linfomi di Hodgkin pediatrici	Evidenza della realizzazione dell'indicatore	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%								40%	SOC Oncologia Radioterapica
-------------	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	-----	-----------------------------

<b>1218</b>	Supporto alla compilazione delle schede CRF per i protocolli pediatrici e dell'adolescente	Evidenza della compilazione delle schede CRF	Tutte le schede sono compilate	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%								40%	SOC Oncologia Radioterapica
-------------	--	--	--------------------------------	---	--	--	--	--	--	--	--	-----	-----------------------------

## M - Sistemi informativi

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO		
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)			
<b>436</b>	Utilizzo delle classificazioni ICD 10 IM e CIPI per i flussi SDO (scheda dimissione ospedaliera)	Sono utilizzati i sistemi di classificazione ICD 10 IM e CIPI per il flusso SDO	100% a partire dalla data di avvio secondo il cronoprogramma regionale	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		15%							SOSD Igiene Ospedaliera

## N - Tempi di attesa

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO		
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)			
<b>440</b>	Migliorare l'appropriatezza delle prescrizioni attraverso l'adozione dei RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei)	predisposizione di una relazione con evidenza dell'applicabilità dei criteri RAO alle prescrizioni degli specialisti della struttura	trasmissione della relazione alla direzione sanitaria entro il 25/03/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%								SOC Oncologia Radioterapica

## O - Rischio clinico

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
435	Corretta gestione cartella clinica	Tempo intercorrente tra dimissione del paziente e la consegna della cartella in direzione sanitaria	100% nei 30 giorni	La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: < 60% = 0% ≥ 60% e < 75% = 50% ≥ 75% e < 85% = 90% ≥ 85% = 100%	<input type="checkbox"/>	5%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOSD Igiene Ospedaliera

## P - Obiettivo gestionale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
437	Definire il piano di lavoro di una settimana "tipo"	Definire attività e i relativi volumi	Trasmissione documento alla direzione sanitaria e controllo di gestione entro il 30/04/2026	Viene riconosciuta una tolleranza di 15 giorni	5%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOSD Controllo di gestione
438	Gestire le ferie	Stesura del piano ferie annuale della struttura	Invio del piano ferie annuale alla direzione sanitaria entro il 30/04/2026	Viene riconosciuta una tolleranza di 15 giorni	5%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Direzione sanitaria

Gestire le ferie del personale della dirigenza

Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2026

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: fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno;  
 2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico:  
 - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2026  $\geq$  al diritto ferie di un anno + festività sopresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni;  
 - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2026  $<$  del diritto ferie di un anno + festività sopresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno;  
 - per coloro che non hanno residuo ferie al 01.01.2026: fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari ad almeno l'80% del maturato dell'anno riproporzionato sui mesi di servizio.  
 L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa.  
 La percentuale di raggiungimento del target viene valutata come segue:  
 $\geq 90\% = 100\%$   
 $\geq 50\% \text{ e } < 90\% = \text{in proporzione all'intervallo}$   
 $< 50\% = 0\%$

10%							
-----	--	--	--	--	--	--	--

SOSD Controllo di gestione

## Q - Percorsi di cura

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO		
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)			
<p>434</p> <p>Progettazione e implementazione dei PDTA AZIENDALI del paziente affetto da neoplasia di:            - colon            - retto            - utero            - ovaio            - prostata</p>	<p>La struttura parteciperà per la parte di competenza all'adozione dei PDTA Aziendale unici CRO-ASFO per le patologie individuate</p>	<p>entro il 31/12/2026</p>	<p>L'obiettivo è declinato in modo uguale nelle schede delle strutture. La struttura parteciperà ai PDTA per la parte di propria competenza. Le percentuali di raggiungimento dei singoli target vengono valutate come segue:            se il risultato è sì = 100%            se il risultato è no = 0%            L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei target</p>	<table border="1"> <tr> <td>5%</td> <td>5%</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	5%	5%							Direzione sanitaria
5%	5%												
<p><i>In corso d'anno verrà garantito il raffronto dei volumi di attività resi in regime libero professionale con i volumi resi in regime istituzionale</i></p>				<table border="1"> <tr> <td>100%</td> <td>100%</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>100%</td> </tr> </table>	100%	100%						100%	
100%	100%						100%						

SCHEDA DI BUDGET 2026 - SOC FISICA SANITARIA

B - Volumi di attività assistenziale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
470 Soddisfacimento della domanda di prestazioni richieste dalla medicina nucleare e radiologia oncologica per gli impianti TARE	Evasione delle richieste	Criticità segnalate dalla struttura richiedente ≤ 2 (relazione Dir. SOC)	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	20%							SOC Fisica Sanitaria

D - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
475 produttività scientifica - variabili attività scientifica	punti di attività scientifica	≥ 6 punti	Il target si considera raggiunto solo in presenza di almeno 5 punti complessivi per le variabili valutate a livello dipartimento e di almeno 1 punto per le variabili monitorate a livello di struttura operativa	10%	10%							Biblioteca Scientifica

J - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
465 Accettazione MRI 1.5T e predisposizione controlli periodici	Evidenza documentale dell'accettazione	Documento trasmesso entro il 31/12/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	10%							SOC Fisica Sanitaria
466 Protonterapia: predisposizione del programma di formazione presso istituzioni esterne del personale della fisica sanitaria	E' garantita la formazione da parte del personale della struttura come da cronoprogramma	Invio alla direzione della relazione con indicazione di personale e periodi di partecipazione entro il 31/12/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	10%							SOC Fisica Sanitaria

<b>467</b>	Partecipazione alla formazione specifica per fisici per la nuova tomoterapia	Partecipazione a i corsi come da cronoprogramma	Invio alla direzione della relazione con indicazione di personale e periodi di partecipazione entro il 31/12/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5% 5%							SOC Fisica Sanitaria
------------	--	---	---	---	-------	--	--	--	--	--	--	----------------------

<b>468</b>	ATP tomoterapia e avvio clinico dell'apparecchiatura per le competenze dello specialista in fisica medica	Documento ATP e avvio dell'uso clinico	ATP consegnato in accordo con l'installazione della macchina	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	15% 15%							SOC Fisica Sanitaria
------------	---	--	--	---	---------	--	--	--	--	--	--	----------------------

<b>469</b>	Evoluzione dei Patient Specific Quality Assurance in radioterapia esterna: miglioramento efficienza misura. Studio di fattibilità ed eventuale stesura piano aggiornamento tecnologico	Stesura di uno studio di fattibilità e predisposizione di un programma di acquisti delle attrezzature necessarie	Invio dello studio e della eventuale richiesta di attrezzature entro il 31/12/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	15% 25%							SOC Fisica Sanitaria
------------	--	--	--	---	---------	--	--	--	--	--	--	----------------------

### L - Appropriatelyzza e contenimento spesa prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO		
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)			
<b>471</b>	Percorso per l'introduzione di nuovi dispositivi medici (DM)	Applicazione del nuovo percorso definito dalla SOC di Farmacia in collaborazione con le SO	Applicazione del percorso a partire dal II° semestre	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%							SOC Farmacia

### P - Obiettivo gestionale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO		
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)			
<b>472</b>	Definire il piano di lavoro di una settimana "tipo"	Definire attività e i relativi volumi	Trasmissione documento alla direzione sanitaria e controllo di gestione entro il 30/04/2026	Viene riconosciuta una tolleranza di 15 giorni	5%								SOSD Controllo di gestione
<b>473</b>	Gestire le ferie	Stesura del piano ferie annuale della struttura	Invio del piano ferie annuale alla direzione sanitaria entro il 30/04/2026	Viene riconosciuta una tolleranza di 15 giorni	5%								Direzione sanitaria

Gestire le ferie del personale della dirigenza

Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2026

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: fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno;  
 2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico:  
 - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2026  $\geq$  al diritto ferie di un anno + festività sopresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni;  
 - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2026 < del diritto ferie di un anno + festività sopresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno;  
 - per coloro che non hanno residuo ferie al 01.01.2026: fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari ad almeno l'80% del maturato dell'anno riproporzionato sui mesi di servizio.  
 L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa.  
 La percentuale di raggiungimento del target viene valutata come segue:  
 $\geq 90\% = 100\%$   
 $\geq 50\% \text{ e } < 90\% = \text{in proporzione all'intervallo}$   
 $< 50\% = 0\%$

10%						
-----	--	--	--	--	--	--

SOSD Controllo di gestione

100%	100%					
------	------	--	--	--	--	--

SCHEDA DI BUDGET 2026 - SOC RADIOLOGIA ONCOLOGICA

B - Volumi di attività assistenziale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
413 Volumi attività ambulatoriale	1. Numero TAC 2. Numero RMN 3. Numero MAMMOGRAFIE	1. ≥ Volumi TAC anno 2023 2. ≥ Volumi RMN anno 2023 3. ≥ Volumi mammografie anno 2025	Le percentuali di raggiungimento dei singoli target vengono valutate come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo < 50% = 0% L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei target	25%	25%							SOSD Controllo di gestione

D - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
424 produttività scientifica - variabili attività scientifica	punti di attività scientifica	≥ 6 punti	Il target si considera raggiunto solo in presenza di almeno 5 punti complessivi per le variabili valutate a livello dipartimento e di almeno 1 punto per le variabili monitorate a livello di struttura operativa	10%	10%							Biblioteca Scientifica

F - Programmi di screening oncologici

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
419 Programmi di screening oncologici	1. % dei casi con approfondimenti di secondo livello entro 28 gg da esito positivo mammografia di primo livello; 2. % di Early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso" / Totale dei casi chiusi dall'unità senologica)	1. ≥ 90% 2. < 10%	1. il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0% 2. 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 due target		10%							SOSD Controllo di gestione

## J - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
<b>414</b> Avviamento procedure di esecuzione e refertazione congiunta di esami TAC-PET con mezzo di contrasto	1. stesura progetto 2. n. casi	1. entro 30/04/2026 2. ≥ 30 casi (cavo orale, orl, linfomi)	1. il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% 2. valutazione secondo un criterio proporzionale L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target	20%	10%							SOC Radiologia Oncologica
<b>415</b> Attivazione GAMO "Breast Unit" unico CRO-ASFO	Gamo unico CRO-ASFO pienamente operativo	Evidenza di almeno 75% di presenza dipendenti ASFO	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		10%							SOC Chirurgia Oncologica del Seno
<b>416</b> Utilizzo dispositivo SCOUT per posizionamento repere pre-operatorio	N. posizionamenti repere pre-operatorio con utilizzo del dispositivo SCOUT	≥ n. 100 dispositivi e < 150 utilizzati entro il 31.12.26	Per i casi superiori a 150 va richiesta l'autorizzazione preventiva della spesa alla Direzione		10%							Direzione sanitaria

## L - Appropriatelyzza e contenimento spesa prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
<b>423</b> Percorso per l'introduzione di nuovi dispositivi medici (DM)	Applicazione del nuovo percorso definito dalla SOC di farmacia in collaborazione con le SO	Applicazione del percorso a partire dal II° semestre	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	10%							SOC Farmacia

## N - Tempi di attesa

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
<b>418</b> LEA NSG D10Z LEA NSG D11Z Assicurare i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio ministeriale per le priorità B e D	1. % di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B – monitoraggio ex post 2. % di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D – monitoraggio ex post	1. ≥ 90% 2. ≥ 90%	1. il risultato viene valutato come segue: ≥ 78% = 100% ≥ 65% e < 78% = 90% ≥ 60% e < 65% = 50% < 60% = 0% 2. il risultato viene valutato come segue: ≥ 80% = 100% ≥ 65% e < 80% = 90% ≥ 60% e < 65% = 50% < 60% = 0% L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target	10%	10%							SOSD Controllo di gestione

## P - Obiettivo gestionale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
<b>420</b> Definire il piano di lavoro di una settimana "tipo"	Definire attività e i relativi volumi	Trasmissione documento alla direzione sanitaria e controllo di gestione entro il 30/04/2026	Viene riconosciuta una tolleranza di 15 giorni	5%								SOSD Controllo di gestione
<b>421</b> Gestire le ferie	Stesura del piano ferie annuale della struttura	Invio del piano ferie annuale alla direzione sanitaria entro il 30/04/2026	Viene riconosciuta una tolleranza di 15 giorni	5%								Direzione sanitaria

Gestire le ferie del personale della dirigenza

Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2026

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: fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno;  
 2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico:  
 - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2026  $\geq$  al diritto ferie di un anno + festività sopresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni;  
 - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2026  $<$  del diritto ferie di un anno + festività sopresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno;  
 - per coloro che non hanno residuo ferie al 01.01.2026: fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari ad almeno l'80% del maturato dell'anno riproporzionato sui mesi di servizio.  
 L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa.  
 La percentuale di raggiungimento del target viene valutata come segue:  
 $\geq 90\% = 100\%$   
 $\geq 50\% \text{ e } < 90\% = \text{in proporzione all'intervallo}$   
 $< 50\% = 0\%$

10%								SOSD Controllo di gestione
-----	--	--	--	--	--	--	--	----------------------------

## Q - Percorsi di cura

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
<b>417</b> Progettazione e implementazione dei PDTA AZIENDALI del paziente affetto da neoplasia di: - colon - retto - utero - ovaio - prostata	La struttura parteciperà per la parte di competenza all'adozione dei PDTA Aziendale unici CRO-ASFO per le patologie individuate	entro il 31/12/2026	L'obiettivo è declinato in modo uguale nelle schede delle strutture. La struttura parteciperà ai PDTA per la parte di propria competenza. Le percentuali di raggiungimento dei singoli target vengono valutate come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei target	5%	5%							Direzione sanitaria
<i>In corso d'anno verrà garantito il raffronto dei i volumi di attività resi in regime libero professionale con i volumi resi in regime istituzionale</i>				100%	100%							

SCHEDA DI BUDGET 2026 - SOC MEDICINA NUCLEARE

B - Volumi di attività assistenziale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
<b>400</b> Attività ambulatoriale e per interni	1. numero di PET 2. altre prestazioni (scintigrafie e densitometrie)	1. 17 PET gg * (261-10) = 4.200 (al netto del 196) 2. 10.200 (al netto del 196)	La percentuale di raggiungimento dei singoli target viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo < 50% = 0% L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei singoli target	25%	25%						SOSD Controllo di gestione

D - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
<b>409</b> produttività scientifica - variabili attività scientifica	punti di attività scientifica	≥ 6 punti	Il target si considera raggiunto solo in presenza di almeno 5 punti complessivi per le variabili valutate a livello dipartimento e di almeno 1 punto per le variabili monitorate a livello di struttura operativa	10%	10%						Biblioteca Scientifica

J - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
<b>401</b> Avviamento procedure di esecuzione e refertazione congiunta di esami TAC-PET con mezzo di contrasto	1. stesura progetto 2. n. casi	1. entro 30/04/2026 2. ≥ 30 casi (cavo orale, orl, linfomi)	1. il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0% 2. valutazione secondo un criterio proporzionale L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target	20%	20%						SOC Medicina Nucleare

<b>402</b>	Meeting sulle neoplasie candidate a terapia radiometabolica	N. dirigenti medici della struttura che partecipano al meeting	Almeno due per ogni meeting settimanale	Almeno 75% degli incontri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox" value="15%"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOC Medicina Nucleare
<b>403</b>	Arruolamento e valutazione dosimetrica pazienti candidati a Radioligand Therapy	Numero di pazienti sottoposti a discussione multidisciplinare, successivo trattamento radiometabolico e valutazione dosimetrica	Almeno 10 pazienti per un totale di 40 trattamenti	Valutazione secondo un criterio proporzionale	<input type="checkbox" value="10%"/>	<input type="checkbox" value="15%"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOC Medicina Nucleare

## L - Appropriatelyzza e contenimento spesa prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
<b>405</b>	Percorso per l'introduzione di nuovi dispositivi medici (DM)	Applicazione del nuovo percorso definito dalla SOC di farmacia in collaborazione con le SO	Applicazione del percorso a partire dal II° semestre	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox" value="10%"/>	<input type="checkbox" value="10%"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOC Farmacia

## P - Obiettivo gestionale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
<b>406</b>	Definire il piano di lavoro di una settimana "tipo"	Definire attività e i relativi volumi	Trasmissione documento alla direzione sanitaria e controllo di gestione entro il 30/04/2026	Viene riconosciuta una tolleranza di 15 giorni	<input type="checkbox" value="5%"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOSD Controllo di gestione
<b>407</b>	Gestire le ferie	Stesura del piano ferie annuale della struttura	Invio del piano ferie annuale alla direzione sanitaria entro il 30/04/2026	Viene riconosciuta una tolleranza di 15 giorni	<input type="checkbox" value="5%"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Direzione sanitaria

Gestire le ferie del personale della dirigenza

Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2026

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: fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno;  
 2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico:  
 - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2026  $\geq$  al diritto ferie di un anno + festività sopresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni;  
 - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2026  $<$  del diritto ferie di un anno + festività sopresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno;  
 - per coloro che non hanno residuo ferie al 01.01.2026: fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari ad almeno l'80% del maturato dell'anno riproporzionato sui mesi di servizio.  
 L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa.  
 La percentuale di raggiungimento del target viene valutata come segue:  
 $\geq 90\% = 100\%$   
 $\geq 50\% \text{ e } < 90\% = \text{in proporzione all'intervallo}$   
 $< 50\% = 0\%$

10%						
-----	--	--	--	--	--	--

SOSD Controllo di gestione

## Q - Percorsi di cura

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
<b>404</b> Progettazione e implementazione dei PDTA AZIENDALI del paziente affetto da neoplasia di: - colon - retto - utero - ovaio - prostata	La struttura parteciperà per la parte di competenza all'adozione dei PDTA Aziendale unici CRO-ASFO per le patologie individuate	entro il 31/12/2026	L'obiettivo è declinato in modo uguale nelle schede delle strutture. La struttura parteciperà ai PDTA per la parte di propria competenza. Le percentuali di raggiungimento dei singoli target vengono valutate come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei target	5%	5%							Direzione sanitaria

*In corso d'anno verrà garantito il raffronto dei volumi di attività resi in regime libero professionale con i volumi resi in regime istituzionale*

100%	100%					
------	------	--	--	--	--	--

SCHEDA DI BUDGET 2026 - SOSD AREA GIOVANI E RADIOTERAPIA PEDIATRICA

B - Volumi di attività assistenziale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
446 Attività ricovero	N. ricoveri (ordinari+DH)	≥ anno 2025	La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo < 50% = 0%	15%	15%							SOSD Controllo di gestione

D - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
458 produttività scientifica - variabili attività scientifica	punti di attività scientifica (Per le variabili di struttura operativa, l'obiettivo verrà valutato considerando la SOC di Oncologia Radioterapica e la SOSD Area giovani assieme)	≥ 6 punti	Il target si considera raggiunto solo in presenza di almeno 5 punti complessivi per le variabili valutate a livello dipartimento e di almeno 1 punto per le variabili monitorate a livello di struttura operativa	10%	10%							Biblioteca Scientifica

J - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
447 Prosecuzione dei tavoli di lavoro sulla protonterapia	- Numero di tavoli/meeting realizzati - report prodotti e condivisi - partecipanti (clinici, fisici, direzione, esterni, MMG)	- Almeno 4 tavoli di lavoro tenuti nel 2026 - report finale sintetico depositato entro 31/12/2026	- Verbali firmati delle riunioni (con data, partecipanti e argomenti) - report conclusivo protocollato e distribuito agli stakeholder - evidenza di follow-up azioni derivanti dai tavoli	10%	15%							SOSD Area Giovani
448 Procedura sedazioni pediatriche in RT PED	Stesura documento in collaborazione con la SOC Anestesia e rianimazione	Invio documento alla Direzione entro il 31/12/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	15%	15%							SOSD Area Giovani

449

Constraint trattamenti RT PED

Stesura documenti aggiornati per le patologie per cui esistono protocolli/raccomandazioni nazionali/internazionali approvati

Invio dei documenti alla Direzione entro il 31/12/2026

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

SOSD Area  
Giovani

## L - Appropriatelyzza e contenimento spesa prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
455 Monitoraggio clinico dei trattamenti off-label	Predisposizione di relazione clinica a fine trattamento o almeno una volta nel corso dell'anno per i pazienti in trattamento off-label autorizzato secondo quanto previsto dal percorso off label aziendale definito nel 2024	Relazione clinica inviata alla farmacia per l'80% dei pazienti in trattamento off label	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%							SOC Farmacia
456 Monitoraggio dell'introduzione di nuovi farmaci oncologici nella pratica clinica	Predisposizione di una relazione contenente la casistica dei pazienti da trattare, delle eventuali alternative terapeutiche già disponibili e dell'impatto sulla spesa	Relazioni inviate alla SOC Farmacia per almeno l'80% dei farmaci di nuovo inserimento	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%							SOC Farmacia

## M - Sistemi informativi

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
457 Utilizzo delle classificazioni ICD 10 IM e CIPI per i flussi SDO (scheda dimissione ospedaliera)	Sono utilizzati i sistemi di classificazione ICD 10 IM e CIPI per il flusso SDO	100% a partire dalla data di avvio secondo il cronoprogramma regionale	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		15%							SOSD Igiene Ospedaliera

## N - Tempi di attesa

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
454 Migliorare l'appropriatezza delle prescrizioni attraverso l'adozione dei RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei)	predisposizione di una relazione con evidenza dell'applicabilità dei criteri RAO alle prescrizioni degli specialisti della struttura	trasmissione della relazione alla direzione sanitaria entro il 25/03/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%								SOSD Area Giovani

## O - Rischio clinico

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
450 Corretta gestione cartella clinica	Tempo intercorrente tra dimissione del paziente e la consegna della cartella in direzione sanitaria	100% nei 30 giorni	La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: < 60% = 0% ≥ 60% e < 75% = 50% ≥ 75% e < 85% = 90% ≥ 85% = 100%	5%	10%							SOSD Igiene Ospedaliera

## P - Obiettivo gestionale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
451 Definire il piano di lavoro di una settimana "tipo"	Definire attività e i relativi volumi	Trasmissione documento alla direzione sanitaria e controllo di gestione entro il 30/04/2026	Viene riconosciuta una tolleranza di 15 giorni	5%								SOSD Controllo di gestione
452 Gestire le ferie	Stesura del piano ferie annuale della struttura	Invio del piano ferie annuale alla direzione sanitaria entro il 30/04/2026	Viene riconosciuta una tolleranza di 15 giorni	5%								Direzione sanitaria

Gestire le ferie del personale della dirigenza

Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2026

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: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno;  
 2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico:  
 - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2026  $\geq$  al diritto ferie di un anno + festività soppresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni;  
 - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2026  $<$  del diritto ferie di un anno + festività soppresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno;  
 - per coloro che non hanno residuo ferie al 01.01.2026: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari ad almeno l'80% del maturato dell'anno riproporzionato sui mesi di servizio.  
 L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa.  
 La percentuale di raggiungimento del target viene valutata come segue:  
 $\geq 90\% = 100\%$   
 $\geq 50\% \text{ e } < 90\% = \text{in proporzione all'intervallo}$   
 $< 50\% = 0\%$

10%							
-----	--	--	--	--	--	--	--

SOSD Controllo di gestione

*In corso d'anno verrà garantito il raffronto dei i volumi di attività resi in regime libero professionale con i volumi resi in regime istituzionale*

100%	100%					
------	------	--	--	--	--	--

SCHEDA DI BUDGET 2026 - SOC ONCOGENETICA E ONCOGENOMICA FUNZIONALE

B - Volumi di attività assistenziale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
<b>304</b> Mantenimento volumi complessivi anno 2025	1. n. prestazioni o valore attività complessiva di laboratorio. I dati comprendono tutta l'attività erogata 2. n. visite/consulenze	1. nr. prestazioni $\geq$ 967 o valore $\geq$ € 579.077 2. $\geq$ anno 2025: 922	1. il risultato viene valutato come segue: $\geq$ 95% = 100% $\geq$ 50% e $<$ 95% = in proporzione all'intervallo $<$ 50% = 0% 2. il risultato viene valutato come segue: $\geq$ 95% = 100% $\geq$ 50% e $<$ 95% = in proporzione all'intervallo $<$ 50% = 0% L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target	10%	25%							SOSD Controllo di gestione

D - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
<b>300</b> Impact factor normalizzato a livello dipartimentale	Punti di impact factor	$\geq$ 350 a livello dipartimentale	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%				10%	10%	Biblioteca Scientifica
<b>301</b> Produttività scientifica - variabili attività scientifica di dipartimento (voci ministeriali)	Punti attività scientifica di dipartimento	$\geq$ 40 punti per dipartimento	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	15%	15%				40%	50%	Biblioteca Scientifica
<b>302</b> Produttività scientifica - variabili attività scientifica di struttura (voci ministeriali)	Punti attività scientifica di struttura	$\geq$ 6 punti per struttura	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	15%	15%				40%	30%	Biblioteca Scientifica
<b>303</b> Produzione scientifica: Numero pubblicazioni con I.F. alto originale (PUC)	Numero pubblicazioni con I.F. $>$ 10	$\geq$ 1	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	10%				10%	10%	Biblioteca Scientifica

## I - Tempi di refertazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
<b>305</b> Rispetto dei tempi di refertazione degli esami di laboratorio	% di prestazioni che garantiscono il	≥ 90% entro il tempo stabilito	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	15%	20%							SOC Oncogenetica e Oncogenomica Funzionale

## L - Appropriatelyzza e contenimento spesa prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
<b>309</b> Contenimento del consumo di prodotti sanitari istituzionali	Valore prodotti sanitari su cdc istituzionali/valore attività ambulatoriale complessiva	≤ ANNO 2025: 44%	Viene riconosciuta una tolleranza del 2% rispetto al target assegnato. Nella valutazione si terrà conto degli incrementi di volumi di attività rispetto al risultato 2025. Eventuali scostamenti rispetto al target dovranno essere preventivamente autorizzati	10%	10%							SOSD Controllo di gestione

## P - Obiettivo gestionale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
<b>306</b> Definire il piano di lavoro di una settimana "tipo"	Definire le attività e i relativi volumi	Trasmissione documento alla direzione sanitaria e controllo di gestione entro il 30/04/2026	Viene riconosciuta una tolleranza di 15 giorni	5%								SOSD Controllo di gestione
<b>307</b> Gestire le ferie	Stesura del piano ferie annuale della struttura	Invio del piano ferie annuale alla direzione sanitaria entro il 30/04/2026	Viene riconosciuta una tolleranza di 15 giorni	5%								Direzione sanitaria

Gestire le ferie del personale della dirigenza

Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2026

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: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno;  
 2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico:  
 - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2026  $\geq$  al diritto ferie di un anno + festività soppresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni;  
 - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2026 < del diritto ferie di un anno + festività soppresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno;  
 - per coloro che non hanno residuo ferie al 01.01.2026: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari ad almeno l'80% del maturato dell'anno riproporzionato sui mesi di servizio.  
 L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa.  
 La percentuale di raggiungimento del target viene valutata come segue:  
 $\geq 90\% = 100\%$   
 $\geq 50\% \text{ e } < 90\% = \text{in proporzione all'intervallo}$   
 $< 50\% = 0\%$

10%						
-----	--	--	--	--	--	--

SOSD Controllo di gestione

100%	100%				100%	100%
------	------	--	--	--	------	------

SCHEDA DI BUDGET 2026 - SOC ONCOLOGIA MOLECOLARE E MODELLI PRECLINICI DI PROGRESSIONE TUMORALE

B - Volumi di attività assistenziale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
386 Mantenimento volumi complessivi anno 2025	N. prestazioni o valore attività complessiva di laboratorio. I dati comprendono tutta l'attività erogata	n. prestazioni ≥ 541 o valore ≥ € 591.878	La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo < 50% = 0%	10%	25%							SOSD Controllo di gestione

D - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
382 Impact factor normalizzato a livello dipartimentale	Punti di impact factor	≥ 350 a livello dipartimentale	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%				10%	10%	Biblioteca Scientifica
383 Produttività scientifica - variabili attività scientifica di dipartimento (voci ministeriali)	Punti attività scientifica di dipartimento	≥ 40 punti per dipartimento	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	15%	15%				40%	50%	Biblioteca Scientifica
384 Produttività scientifica - variabili attività scientifica di struttura (voci ministeriali)	Punti attività scientifica di struttura	≥ 6 punti per struttura	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	15%	15%				40%	30%	Biblioteca Scientifica
385 Produzione scientifica: Numero pubblicazioni con I.F. alto originale (PUC)	Numero pubblicazioni con I.F. > 10	≥ 1	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	10%				10%	10%	Biblioteca Scientifica

## I - Tempi di refertazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
387 Rispetto dei tempi di refertazione degli esami di laboratorio	% di prestazioni che garantiscono il	≥ 90% entro il tempo stabilito	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	15%	20%							SOC Oncologia Molecolare e Modelli Preclinici di Progressione Tumorale

## L - Appropriatelyzza e contenimento spesa prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
391 Contenimento del consumo di prodotti sanitari istituzionali	Valore prodotti sanitari su cdc istituzionali/valore attività ambulatoriale complessiva	≤ ANNO 2025: 58,37%	Viene riconosciuta una tolleranza del 2% rispetto al target assegnato. Nella valutazione si terrà conto degli incrementi di volumi di attività rispetto al risultato 2025. Eventuali scostamenti rispetto al target dovranno essere preventivamente autorizzati	10%	10%							SOSD Controllo di gestione

## P - Obiettivo gestionale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
388 Definire il piano di lavoro di una settimana "tipo"	Definire le attività e i relativi volumi	Trasmissione documento alla direzione sanitaria e controllo di gestione entro il 30/04/2026	Viene riconosciuta una tolleranza di 15 giorni	5%								SOSD Controllo di gestione
389 Gestire le ferie	Stesura del piano ferie annuale della struttura	Invio del piano ferie annuale alla direzione sanitaria entro il 30/04/2026	Viene riconosciuta una tolleranza di 15 giorni	5%								Direzione sanitaria

Gestire le ferie del personale della dirigenza

Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2026

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: fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno;  
 2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico:  
 - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2026  $\geq$  al diritto ferie di un anno + festività sopresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni;  
 - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2026  $<$  del diritto ferie di un anno + festività sopresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno;  
 - per coloro che non hanno residuo ferie al 01.01.2026: fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari ad almeno l'80% del maturato dell'anno riproporzionato sui mesi di servizio.  
 L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa.  
 La percentuale di raggiungimento del target viene valutata come segue:  
 $\geq 90\% = 100\%$   
 $\geq 50\% \text{ e } < 90\% = \text{in proporzione all'intervallo}$   
 $< 50\% = 0\%$

10%

SOSD Controllo di gestione

100%

100%

100%

100%

SCHEDA DI BUDGET 2026 - SOC FARMACOLOGIA SPERIMENTALE E CLINICA

B - Volumi di attività assistenziale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
336 Mantenimento volumi complessivi anno 2025	N. prestazioni o valore attività complessiva di laboratorio. I dati comprendono tutta l'attività erogata	n. prestazioni ≥ n. 1.595 o valore ≥ € 390.197	La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo < 50% = 0%	10%	25%							SOSD Controllo di gestione

D - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
332 Impact factor normalizzato a livello dipartimentale	Punti di impact factor	≥ 350 a livello dipartimentale	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%				10%	10%	Biblioteca Scientifica
333 Produttività scientifica - variabili attività scientifica di dipartimento (voci ministeriali)	Punti attività scientifica di dipartimento	≥ 40 punti per dipartimento	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	15%	15%				40%	50%	Biblioteca Scientifica
334 Produttività scientifica - variabili attività scientifica di struttura (voci ministeriali)	Punti attività scientifica di struttura	≥ 6 punti per struttura	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	15%	15%				40%	30%	Biblioteca Scientifica
335 Produzione scientifica: Numero pubblicazioni con I.F. alto originale (PUC)	Numero pubblicazioni con I.F. > 10	≥ 1	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	10%				10%	10%	Biblioteca Scientifica

## I - Tempi di refertazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
337 Rispetto dei tempi di refertazione degli esami di laboratorio	% di prestazioni che garantiscono il	≥ 90% entro il tempo stabilito	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	15%	20%							SOSD Farmacologia Sperimentale e Clinica

## L - Appropriatelyzza e contenimento spesa prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
341 Contenimento del consumo di prodotti sanitari istituzionali	Valore prodotti sanitari su cdc istituzionali/valore attività ambulatoriale complessiva	≤ ANNO 2025: 25%	Viene riconosciuta una tolleranza del 2% rispetto al target assegnato. Nella valutazione si terrà conto degli incrementi di volumi di attività rispetto al risultato 2025. Eventuali scostamenti rispetto al target dovranno essere preventivamente autorizzati	10%	10%							SOSD Controllo di gestione

## P - Obiettivo gestionale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
338 Definire il piano di lavoro di una settimana "tipo"	Definire le attività e i relativi volumi	Trasmissione documento alla direzione sanitaria e controllo di gestione entro il 30/04/2026	Viene riconosciuta una tolleranza di 15 giorni	5%								SOSD Controllo di gestione
339 Gestire le ferie	Stesura del piano ferie annuale della struttura	Invio del piano ferie annuale alla direzione sanitaria entro il 30/04/2026	Viene riconosciuta una tolleranza di 15 giorni	5%								Direzione sanitaria

Gestire le ferie del personale della dirigenza

Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2026

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: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno;  
 2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico:  
 - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2026  $\geq$  al diritto ferie di un anno + festività soppresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni;  
 - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2026 < del diritto ferie di un anno + festività soppresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno;  
 - per coloro che non hanno residuo ferie al 01.01.2026: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari ad almeno l'80% del maturato dell'anno riproporzionato sui mesi di servizio.  
 L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa.  
 La percentuale di raggiungimento del target viene valutata come segue:  
 $\geq 90\% = 100\%$   
 $\geq 50\% \text{ e } < 90\% = \text{in proporzione all'intervallo}$   
 $< 50\% = 0\%$

10%						
-----	--	--	--	--	--	--

SOSD Controllo di gestione

100%	100%				100%	100%
------	------	--	--	--	------	------

SCHEDA DI BUDGET 2026 - SOC ONCOEMATOLOGIA CLINICO SPERIMENTALE

B - Volumi di attività assistenziale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
371 Mantenimento volumi complessivi anno 2025	N. prestazioni o valore attività complessiva di laboratorio. I dati comprendono tutta l'attività erogata	n. prestazioni ≥ n. 11.252 o valore ≥ € 3.111.144	La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo < 50% = 0%	10%	25%							SOSD Controllo di gestione

D - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
367 Impact factor normalizzato a livello dipartimentale	Punti di impact factor	≥ 350 a livello dipartimentale	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%				10%		Biblioteca Scientifica
368 Produttività scientifica - variabili attività scientifica di dipartimento (voci ministeriali)	Punti attività scientifica di dipartimento	≥ 40 punti per dipartimento	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	15%	15%				40%		Biblioteca Scientifica
369 Produttività scientifica - variabili attività scientifica di struttura (voci ministeriali)	Punti attività scientifica di struttura	≥ 6 punti per struttura	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	15%	15%				40%		Biblioteca Scientifica
370 Produzione scientifica: Numero pubblicazioni con I.F. alto originale (PUC)	Numero pubblicazioni con I.F. > 10	≥ 1	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	10%				10%		Biblioteca Scientifica

## I - Tempi di refertazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
<b>372</b> Rispetto dei tempi di refertazione degli esami di laboratorio	% di prestazioni che garantiscono il	≥ 90% entro il tempo stabilito	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	15%	20%							SOC Oncoematologi a Clinico Sperimentale

## L - Appropriatelyzza e contenimento spesa prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
<b>376</b> Contenimento del consumo di prodotti sanitari istituzionali	Valore prodotti sanitari su cdc istituzionali/valore attività ambulatoriale complessiva	≤ ANNO 2025: 14,67%	Viene riconosciuta una tolleranza del 2% rispetto al target assegnato. Nella valutazione si terrà conto degli incrementi di volumi di attività rispetto al risultato 2025. Eventuali scostamenti rispetto al target dovranno essere preventivamente autorizzati	10%	10%							SOSD Controllo di gestione

## P - Obiettivo gestionale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
<b>373</b> Definire il piano di lavoro di una settimana "tipo"	Definire le attività e i relativi volumi	Trasmissione documento alla direzione sanitaria e controllo di gestione entro il 30/04/2026	Viene riconosciuta una tolleranza di 15 giorni	5%								SOSD Controllo di gestione
<b>374</b> Gestire le ferie	Stesura del piano ferie annuale della struttura	Invio del piano ferie annuale alla direzione sanitaria entro il 30/04/2026	Viene riconosciuta una tolleranza di 15 giorni	5%								Direzione sanitaria

Gestire le ferie del personale della dirigenza

Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2026

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: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno;  
 2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico:  
 - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2026  $\geq$  al diritto ferie di un anno + festività soppresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni;  
 - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2026 < del diritto ferie di un anno + festività soppresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno;  
 - per coloro che non hanno residuo ferie al 01.01.2026: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari ad almeno l'80% del maturato dell'anno riproporzionato sui mesi di servizio.  
 L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa.  
 La percentuale di raggiungimento del target viene valutata come segue:  
 $\geq 90\% = 100\%$   
 $\geq 50\% \text{ e } < 90\% = \text{in proporzione all'intervallo}$   
 $< 50\% = 0\%$

10%						
-----	--	--	--	--	--	--

SOSD Controllo di gestione

100%	100%				100%	
------	------	--	--	--	------	--

SCHEDA DI BUDGET 2026 - SOC IMMUNOPATOLOGIA E BIOMARCATORI ONCOLOGICI

D - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
<b>354</b> Impact factor normalizzato a livello dipartimentale	Punti di impact factor	≥ 350 a livello dipartimentale	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%				10%	10%	Biblioteca Scientifica
<b>355</b> Produttività scientifica - variabili attività scientifica di dipartimento (voci ministeriali)	Punti attività scientifica di dipartimento	≥ 40 punti per dipartimento	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	15%	15%				40%	50%	Biblioteca Scientifica
<b>356</b> Produttività scientifica - variabili attività scientifica di struttura (voci ministeriali)	Punti attività scientifica di struttura	≥ 6 punti per struttura	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	15%	15%				40%	30%	Biblioteca Scientifica
<b>357</b> Produzione scientifica: Numero pubblicazioni con I.F. alto originale (PUC)	Numero pubblicazioni con I.F. > 10	≥ 1	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	10%				10%	10%	Biblioteca Scientifica

I - Tempi di refertazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
<b>358</b> Rispetto dei tempi di refertazione degli esami di laboratorio	% di prestazioni che garantiscono il	≥ 90% entro il tempo stabilito	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	25%						SOC Immunopatologia e Biomarcatori Oncologici

## J - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
359 Riorganizzazione dell'attività della struttura in collaborazione con ASFO	Collaborare con la direzione alle attività di riorganizzazione relative a volumi attività, personale e attrezzature	Evidenza della partecipazione alle attività	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	15%	15%							SOC Immunopatologia e Biomarcatori Oncologici

## L - Appropriatelyzza e contenimento spesa prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
363 Contenimento del consumo di prodotti sanitari istituzionali	Valore prodotti sanitari su cdc istituzionali/valore attività ambulatoriale complessiva	≤ ANNO 2025: 32,55%	Viene riconosciuta una tolleranza del 2% rispetto al target assegnato. Nella valutazione si terrà conto degli incrementi di volumi di attività rispetto al risultato 2025. Eventuali scostamenti rispetto al target dovranno essere preventivamente autorizzati	10%	10%							SOSD Controllo di gestione

## P - Obiettivo gestionale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
360 Definire il piano di reperibilità per la struttura	Predisposizione del piano di reperibilità	Trasmissione documento alla direzione sanitaria e controllo di gestione entro 30/04/2026	Viene riconosciuta una tolleranza di 15 giorni	5%	5%							SOSD Controllo di gestione/Direzione sanitaria
361 Gestire le ferie	Stesura del piano ferie annuale della struttura	Invio del piano ferie annuale alla direzione sanitaria entro il 30/04/2026	Viene riconosciuta una tolleranza di 15 giorni	5%								Direzione sanitaria

Gestire le ferie del personale della dirigenza

Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2026

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: fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno;  
 2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico:  
 - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2026  $\geq$  al diritto ferie di un anno + festività sopresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni;  
 - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2026 < del diritto ferie di un anno + festività sopresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno;  
 - per coloro che non hanno residuo ferie al 01.01.2026: fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari ad almeno l'80% del maturato dell'anno riproporzionato sui mesi di servizio.  
 L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa.  
 La percentuale di raggiungimento del target viene valutata come segue:  
 $\geq 90\% = 100\%$   
 $\geq 50\% \text{ e } < 90\% = \text{in proporzione all'intervallo}$   
 $< 50\% = 0\%$

10%						
-----	--	--	--	--	--	--

SOSD Controllo di gestione

100%	100%				100%	100%
------	------	--	--	--	------	------

SCHEDA DI BUDGET 2026 - SOC ANATOMIA PATOLOGICA AD INDIRIZZO ONCOLOGICO

D - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
<b>313</b> Impact factor normalizzato a livello dipartimentale	Punti di impact factor	≥ 350 a livello dipartimentale	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%				10%		Biblioteca Scientifica
<b>314</b> Produttività scientifica - variabili attività scientifica di dipartimento (voci ministeriali)	Punti attività scientifica di dipartimento	≥ 40 punti per dipartimento	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	15%	15%				40%		Biblioteca Scientifica
<b>315</b> Produttività scientifica - variabili attività scientifica di struttura (voci ministeriali)	Punti attività scientifica di struttura	≥ 6 punti per struttura	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	15%	15%				40%		Biblioteca Scientifica
<b>316</b> Produzione scientifica: Numero pubblicazioni con I.F. alto originale (PUC)	Numero pubblicazioni con I.F. > 10	≥ 1	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	10%				10%		Biblioteca Scientifica

F - Programmi di screening oncologici

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
<b>318</b> Programmi di screening mammella	% di esami istocitopatologici refertati entro 5 gg lavorativi dall'esecuzione dell'agoaspirato	≥ 90%	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		10%						SOSD Controllo di gestione
<b>319</b> Programmi di screening colon retto	% di esami istocitopatologici refertati entro 5 gg lavorativi dall'esecuzione della colonscopia	≥ 90%	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%						SOSD Controllo di gestione

## I - Tempi di refertazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
<b>320</b> Garantire i seguenti tempi di refertazione: ≤ 8 gg lavorativi per le piccole biopsie ≤ 15 gg lavorativi per i prodotti chirurgici e le biopsie escissionali	% di referti che rispettano i tempi di refertazione	≥ 85% dei referti rispettano i tempi di refertazione	Il risultato viene valutato come segue: < 75% = 0% ≥ 75% e < 85% = 50% ≥ 85% = 100%	5%	10%							SOSD Controllo di gestione
<b>321</b> Avvio sistema di refertazione vocale	1. valutazione di un sistema di refertazione idoneo all'attività della struttura; 2. avvio sistema di refertazione vocale (esclusa immunoistochimica e indagini molecolari)	Entro il 31/12/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	10%							SOC Anatomia Patologica ad Indirizzo Oncologico

## J - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
<b>317</b> Analisi modalità registrazione prestazioni ambulatoriali	Predisposizione di un documento con evidenza delle modalità di codifica delle prestazioni non presenti nel tariffario	Invio del documento alla SOSD controllo di gestione entro il 30/06/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		5%							SOC Anatomia Patologica ad Indirizzo Oncologico
<b>322</b> Analisi dei processi dell'anatomia CRO e ASFO	Analisi dei processi: - strumenti - volumi - personale	Invio matrice comune alla direzione entro il 31/12/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%							SOC Anatomia Patologica ad Indirizzo Oncologico

## L - Appropriatelyzza e contenimento spesa prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
<b>326</b> Contenimento del consumo di prodotti sanitari istituzionali	Valore prodotti sanitari su cdc istituzionali/valore attività ambulatoriale complessiva	≤ anno 2025: 63,42%	Viene riconosciuta una tolleranza del 2% rispetto al target assegnato. Nella valutazione si terrà conto degli incrementi di volumi di attività rispetto al risultato 2025. Eventuali scostamenti rispetto al target dovranno essere preventivamente autorizzati	10%	10%							SOSD Controllo di gestione

## P - Obiettivo gestionale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
<b>323</b> Definire il piano di lavoro di una settimana "tipo"	Definire le attività e i relativi volumi	Trasmissione documento alla direzione sanitaria e controllo di gestione entro il 30/04/2026	Viene riconosciuta una tolleranza di 15 giorni	5%								SOSD Controllo di gestione
<b>324</b> Gestire le ferie	Stesura del piano ferie annuale della struttura	Invio del piano ferie annuale alla direzione sanitaria entro il 30/04/2026	Viene riconosciuta una tolleranza di 15 giorni	5%								Direzione sanitaria

Gestire le ferie del personale della dirigenza

Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2026

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: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno;  
 2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico:  
 - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2026  $\geq$  al diritto ferie di un anno + festività soppresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni;  
 - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2026 < del diritto ferie di un anno + festività soppresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno;  
 - per coloro che non hanno residuo ferie al 01.01.2026: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari ad almeno l'80% del maturato dell'anno riproporzionato sui mesi di servizio.  
 L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa.  
 La percentuale di raggiungimento del target viene valutata come segue:  
 $\geq 90\% = 100\%$   
 $\geq 50\% \text{ e } < 90\% = \text{in proporzione all'intervallo}$   
 $< 50\% = 0\%$

10%

SOSD Controllo di gestione

*In corso d'anno verrà garantito il raffronto dei volumi di attività resi in regime libero professionale con i volumi resi in regime istituzionale*

100%

100%

100%

SCHEDA DI BUDGET 2026 - SOSD TRATTAMENTO DI CELLULE STAMINALI PER LE TERAPIE CELLULARI

D - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
342 Impact factor normalizzato a livello dipartimentale	Punti di impact factor	≥ 350 a livello dipartimentale	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%				10%		Biblioteca Scientifica
343 Produttività scientifica - variabili attività scientifica di dipartimento (voci ministeriali)	Punti attività scientifica di dipartimento	≥ 40 punti per dipartimento	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	15%	15%				45%		Biblioteca Scientifica
344 Produttività scientifica - variabili attività scientifica di struttura (voci ministeriali)	Punti attività scientifica di struttura	≥ 6 punti per struttura	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	15%	15%				45%		Biblioteca Scientifica

J - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
345 Certificazione JACIE	Evadere le non conformità dell'anno 2025	Evidenza della realizzazione dell'indicatore	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	20%	30%						Servizio Qualità e Accreditamento
346 Piattaforma EmoLife	Avvio del sistema	Entro il 31/05/2026 come da cronoprogramma regionale	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	15%	25%						SOSD Trattamento Cellule Staminali e per le Terapie Cellulari

## L - Appropriatelyzza e contenimento spesa prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
<b>350</b> Contenimento del consumo di prodotti sanitari istituzionali	Valore prodotti sanitari	≤ € 36.000 (ANNO 2025: 36.070)	Viene riconosciuta una tolleranza del 2% rispetto al target assegnato. Nella valutazione si terrà conto degli incrementi di volumi di attività rispetto al risultato 2025. Eventuali scostamenti rispetto al target dovranno essere preventivamente autorizzati	10%	10%							SOSD Controllo di gestione

## P - Obiettivo gestionale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
<b>347</b> Definire il piano di lavoro di una settimana "tipo"	Definire le attività e i relativi volumi	Trasmissione documento alla direzione sanitaria e controllo di gestione entro il 30/04/2026	Viene riconosciuta una tolleranza di 15 giorni	5%								SOSD Controllo di gestione
<b>348</b> Gestire le ferie	Stesura del piano ferie annuale della struttura	Invio del piano ferie annuale alla direzione sanitaria entro il 30/04/2026	Viene riconosciuta una tolleranza di 15 giorni	5%								Direzione sanitaria

Gestire le ferie del personale della dirigenza

Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2026

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: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno;  
 2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico:  
 - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2026  $\geq$  al diritto ferie di un anno + festività soppresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni;  
 - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2026 < del diritto ferie di un anno + festività soppresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno;  
 - per coloro che non hanno residuo ferie al 01.01.2026: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari ad almeno l'80% del maturato dell'anno riproporzionato sui mesi di servizio.  
 L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa.  
 La percentuale di raggiungimento del target viene valutata come segue:  
 $\geq 90\% = 100\%$   
 $\geq 50\% \text{ e } < 90\% = \text{in proporzione all'intervallo}$   
 $< 50\% = 0\%$

10%						
-----	--	--	--	--	--	--

SOSD Controllo di gestione

100%	100%				100%	
------	------	--	--	--	------	--

SCHEDA DI BUDGET 2026 - SOC AFFARI GENERALI, LEGALI E GESTIONE RISORSE UMANE

H - Adempimenti normativi (Trasparenza e anticorruzione e flussi ministeriali/mobilità/PNRR)

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
<b>1007</b> Rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa in materia di anticorruzione e trasparenza	Aggiornamento degli schemi di pubblicazione secondo quanto previsto dalla delibera n. 497 del 3 dicembre 2025 all'Allegato 5	Evidenza dell'aggiornamento secondo quanto previsto dalla Delibera ANAC	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%		5%		5%			RPCT
<b>1008</b> Stesura dei piani di miglioramento per le procedure relative alla gestione della Libera professione intramoenia, alle Sperimentazioni Cliniche e all'acquisizione dei beni e attrezzature in c/o visione	partecipazione ai gruppi di lavoro finalizzati all'attivazione dei piani di miglioramento per le procedure nelle quali la struttura è coinvolta	evidenza dell'attivazione entro il 31/12/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%					5%			RPCT

J - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
<b>1000</b> Revisione dei regolamenti del comparto a seguito nuovo CCNL (regolamento orario, part time e incarichi di funzione)	adozione dei 3 regolamenti rivisti	entro 31/12/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	20%		25%		20%			SOC Affari Generali, Legali e Gestione Risorse Umane
<b>1001</b> Applicazione economica dei contratti dirigenza medica e PTA	nuovi valori economici previsti dai CCNLL inseriti in busta paga	attribuzione il mese successivo alla sottoscrizione dei valori economici previsti dai nuovi CCNL	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	15%				15%			SOC Affari Generali, Legali e Gestione Risorse Umane
<b>1002</b> Regolamento in materia di accesso documentale e civico	nuovo regolamento accesso	adozione del regolamento entro 31/07/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	15%		25%		15%			SOC Affari Generali, Legali e Gestione Risorse Umane

<b>1003</b>	Aggiornamento del manuale di gestione del protocollo, dei flussi documentali e degli archivi	nuovo manuale	documento aggiornato entro il 31/12/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%				10%			SOC Affari Generali, Legali e Gestione Risorse Umane
<b>1004</b>	Regolamento procedure selettive a tempo determinato	nuovo regolamento	adozione regolamento entro 31/03/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%		25%		10%			SOC Affari Generali, Legali e Gestione Risorse Umane
<b>1005</b>	Revisione della struttura dei centri di costo della procedura del personale (personale dipendente e personale esterno) in collaborazione con l'ufficio personale	nuova mappatura dei centri di costo	entro il 31/12/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%		10%		10%			Direzione amministrativa
<b>1006</b>	Monitoraggio trimestrale andamento della spesa di relativa competenza	predisposizione report trimestrali	invio all'ufficio bilancio entro il 20 del mese successivo al trimestre a partire dal secondo report	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%		10%		10%			SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
<b>1077</b>	Formazione del personale: Assicurare la partecipazione attiva dei dipendenti con una quota non inferiore alle 40 ore di formazione pro-capite annue secondo quanto stabilito dalla Direttiva Ministeriale 14 gennaio 2025 - Valorizzazione delle persone e prod	Evidenza del programma di formazione e relazione sull'attività svolta	1. Strutturare un programma di formazione coerente con i fabbisogni formativi per il personale della struttura; 2. Rendicontazione ore formazione svolte dal proprio personale; 3. Relazione motivata delle ore di formazione svolta da ciascun dipendente se inferiore a 40h/annue.	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%							SOC Affari Generali, Legali e Gestione Risorse Umane
					100%		100%		100%			

SCHEDA DI BUDGET 2026 - SOC APPROVVIGIONAMENTI, ECONOMATO E LOGISTICA

H - Adempimenti normativi (Trasparenza e anticorruzione e flussi ministeriali/mobilità/PNRR)

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
<b>1012</b> Adempimenti previsti dalla normativa in materia di digitalizzazione dell'intero ciclo dell'appalto	Alimentazione dei flussi informativi previsti in relazione al ciclo dell'appalto, in particolare raccolta e inserimento dei dati per l'alimentazione delle schede ANAC	Garantire il regolare flusso informativo richiesto dalla normativa in relazione alle fasi del procedimento	Assenza di debiti informativi segnalati dalle Autorità competenti	10%	30%			15%			RPCT
<b>1019</b> Stesura dei piani di miglioramento per le procedure relative alla gestione della Libera professione intramoenia, alle Sperimentazioni Cliniche e all'acquisizione dei beni e attrezzature in c/o visione	partecipazione ai gruppi di lavoro finalizzati all'attivazione dei piani di miglioramento per le procedure nelle quali la struttura è coinvolta	evidenza dell'attivazione entro il 31/12/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%				5%			RPCT

J - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
<b>1013</b> Sistema per Tomoterapia	Messa in esercizio del sistema per Tomoterapia	Approvazione del certificato di verifica di conformità entro il 30/06/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	20%				15%			SOC Approvvigionamenti, economato e logistica
<b>1014</b> Risonanza Magnetica 1,5T	Messa in esercizio del sistema RM 1,5T	Approvazione del certificato di verifica di conformità entro il 30/11/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	20%				10%			SOC Approvvigionamenti, economato e logistica

<b>1015</b>	Efficientamento della spesa e della gestione amministrativa con riferimento agli acquisti di beni in ambito sanitario	Svolgimento delle procedure di affidamento con riferimento agli acquisti di beni in ambito sanitario che prevedano un fabbisogno individuato per il periodo di almeno 12 mesi.	Conclusione di un numero almeno pari a 25 contratti nel corso dell'anno che prevedano un fabbisogno individuato per il periodo di almeno 12 mesi.	in proporzione al n. di contratti	15%	30%			15%			SOC Approvvigionam enti, economato e logistica
<b>1016</b>	Garantire la continuità del servizio di pulizie	Adempimenti propedeutici all'avvio del servizio in adesione all'accordo quadro Consip previsto da agosto 2026. Gestione delle attività di predisposizione dei documenti necessari per la stipula del contratto derivato e l'avvio del servizio senza soluzione	Avvio del servizio in adesione all'accordo quadro Consip senza soluzione di continuità rispetto all'appalto precedente in scadenza il 31/07/2026.	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	15%	30%			15%			SOC Approvvigionam enti, economato e logistica
<b>1017</b>	Aggiornamento dell'inventario dei beni mobili	Aggiornamento del registro dei beni mobili ammortizzabili a seguito della rilevazione effettuata, con aggiornamento progressivo delle registrazioni dei cespiti.	Proseguimento dell'aggiornamento delle registrazioni dei cespiti alle risultanze delle presenze dei beni accertate in fase di rilevazione. Predisposizione dei decreti funzionali alla dismissione e cancellazione dei beni dal registro dei beni mobili ammortizzabili	Dismissione e cancellazione dei beni che a seguito della rilevazione non risultano più presenti in Istituto entro il 31/12/2026					15%			SOC Approvvigionam enti, economato e logistica
<b>1018</b>	Monitoraggio trimestrale andamento della spesa di relativa competenza	predisposizione report trimestrali	invio all'ufficio bilancio entro il 20 del mese successivo al trimestre a partire dal secondo report	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	10%			10%			SOC Gestione Risorse Economico- Finanziarie
<b>1078</b>	Formazione del personale: Assicurare la partecipazione attiva dei dipendenti con una quota non inferiore alle 40 ore di formazione pro-capite annue secondo quanto stabilito dalla Direttiva Ministeriale 14 gennaio 2025 - Valorizzazione delle persone e prod	Evidenza del programma di formazione e relazione sull'attività svolta	1. Strutturare un programma di formazione coerente con i fabbisogni formativi per il personale della struttura; 2. Rendicontazione ore formazione svolte dal proprio personale; 3. Relazione motivata delle ore di formazione svolta da ciascun dipendente se inferiore a 40h/annue.	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%							SOC Approvvigionam enti, Economato e Logistica
					100%	100%			100%			

SCHEDA DI BUDGET 2026 - SOC GESTIONE DELLE TECNOLOGIE CLINICHE, TECNICO-STRUTTURALI E INFORMATICHE

H - Adempimenti normativi (Trasparenza e anticorruzione e flussi ministeriali/mobilità/PNRR)

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
<p><b>1028</b></p> <p>Stesura dei piani di miglioramento per le procedure relative alla gestione della Libera professione intramoenia, alle Sperimentazioni Cliniche e all'acquisizione dei beni e attrezzature in c/o visione.</p>	<p>partecipazione ai gruppi di lavoro finalizzati all'attivazione dei piani di miglioramento per le procedure nelle quali la struttura è coinvolta</p>	<p>evidenza dell'attivazione entro il 31/12/2026</p>	<p>Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%</p>					5%			RPCT

J - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
<p><b>1023</b></p> <p>Adempimenti previsti dalla normativa in materia di digitalizzazione dell'intero ciclo dell'appalto</p>	<p>1. Alimentazione dei flussi informativi previsti in relazione al ciclo dell'appalto, in particolare raccolta e inserimento dei dati per l'alimentazione delle schede ANAC 2. Dispiegamento piattaforma AcDat per la gestione dei progetti di realizzazione OOP</p>	<p>1. Garantire il regolare flusso informativo richiesto dalla normativa in relazione alle fasi del procedimento 2. Svolgimento formazione specifica sulla piattaforma 4Days entro 30/06/2026 e definizione dei profili di accesso alla piattaforma per gli utenti</p>	<p>I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%</p>	15%	15%			20%			SOC Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche
<p><b>1024</b></p> <p>Appalto relativo alla fornitura di un sistema di tomoterapia elicoidale e di componenti accessori destinati alla S.O.C. di Oncologia Radioterapica, inclusi i lavori di adeguamento dei locali, nonché i servizi collegati.</p>	<p>1. Supervisione dell'esecuzione dei lavori propedeutici all'installazione e messa in funzione del sistema di tomoterapia. Fine lavori prevista entro il 31/03/2026. Verifica della documentazione di conformità e Certificato di Regolare Esecuzione entro il 30/06/2026 2. Esecuzione del collaudo tecnico-amministrativo del sistema di Tomoterapia entro il 30/06/2026</p>	<p>1. Ultimazione lavori entro il 31/03/2026. Acquisizione ed approvazione del Certificato di Regolare Esecuzione per la parte Lavori entro il 30/06/2026 2. Approvazione certificato verifica di conformità entro il 30/06/2026</p>	<p>I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%</p>	25%	25%			20%			SOC Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche

<b>1025</b> Sostituzione di un Tomografo a Risonanza Magnetica (RM) 1,5 Tesla presso la SOC di Radiologia Oncologica	1. Emissione Certificato Regolare Esecuzione per i lavori propedeutici all'installazione e messa in funzione del tomografo a RM 1,5T entro 30/09/2026; 2. Esecuzione del collaudo tecnico-amministrativo del sistema entro il 30/11/2026	1. Emissione CRE lavori RM1,5T entro il 30/09/2026; 2. Approvazione collaudo tecnico-amministrativo entro il 30/11/2026	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SOC Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche
---	---	--	--	--	--

<b>1026</b> Garantire adeguato avanzamento del procedimento per la realizzazione Protonterapia	1. Realizzazione Cabina Elettrica e Tunnel proton entro 31/05/2026; 2. Tenere aggiornati gli atti contabili all'avanzamento dei lavori; 3. Attività di studio per le interfacce fra sistema edificio impianto proton e sistemi aziendali	1. Collaudo statico Cabina Elettrica e Tunnel proton entro 31/05/2026; 2. Atto di approvazione SAL n.5 per i lavori entro 30/09/2026; 3. Analisi dei pre-requisiti tecnici di ciascun sistema accessorio alla realizzazione del sistema di Protonterapia incluse le attività di installazione dei necessari apparati di rete e telefonia entro 31/12/2026	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SOC Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche
---	--	---	--	--	--

<b>1027</b> Monitoraggio trimestrale andamento della spesa di relativa competenza	predisposizione report trimestrali	invio all'ufficio bilancio entro il 20 del mese successivo al trimestre a partire dal secondo report	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
--	------------------------------------	--	---	--	--

<b>1080</b> Formazione del personale: Assicurare la partecipazione attiva dei dipendenti con una quota non inferiore alle 40 ore di formazione pro-capite annue secondo quanto stabilito dalla Direttiva Ministeriale 14 gennaio 2025 - Valorizzazione delle persone e prod	Evidenza del programma di formazione e relazione sull'attività svolta	1. Strutturare un programma di formazione coerente con i fabbisogni formativi per il personale della struttura; 2. Rendicontazione ore formazione svolte dal proprio personale; 3. Relazione motivata delle ore di formazione svolta da ciascun dipendente se inferiore a 40h/annue.	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/> 5% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SOC Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche
--	---	--	---	---	--

<input type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------	-------------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------	--------------------------	--------------------------

SCHEDA DI BUDGET 2026 - SOC GESTIONE RISORSE ECONOMICO-FINANZIARIE

H - Adempimenti normativi (Trasparenza e anticorruzione e flussi ministeriali/mobilità/PNRR)

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
<b>1037</b> Rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa in materia di anticorruzione e trasparenza	Aggiornamento degli schemi di pubblicazione secondo quanto previsto dalla delibera n. 497 del 3 dicembre 2025 all'Allegato 5	Evidenza dell'aggiornamento secondo quanto previsto dalla Delibera ANAC	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%		5%		5%			RPCT
<b>1038</b> Stesura dei piani di miglioramento per le procedure relative alla gestione della Libera professione intramoenia, alle Sperimentazioni Cliniche e all'acquisizione dei beni e attrezzature in c/o visione	partecipazione ai gruppi di lavoro finalizzati all'attivazione dei piani di miglioramento per le procedure nelle quali la struttura è coinvolta	evidenza dell'attivazione entro il 31/12/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%			5%		5%			RPCT

J - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
<b>1032</b> Predisposizione rendiconti economici periodici ministeriali/regionali alle scadenze fissate	Predisposizione rendiconti regionali e CE Ministeriali	Entro il mese successivo al periodo di riferimento o entro la scadenza indicata dalla Regione	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	40%		35%		35%			SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
<b>1033</b> Formazione di base relativa alla contabilità Accrual del personale delle amministrazioni pubbliche	Completare la formazione di base sul portale MEF (19 moduli o i moduli mancanti per chi ha iniziato il percorso nel 2025)	Entro il 31/12/2026 evidenza dell'attestato di superamento del test finale	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%			25%		25%			SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie

<b>1034</b>	Predisposizione degli schemi di conto economico e stato patrimoniale redatti secondo lo standard ITAS 1 per l'esercizio 2025	Schemi CE ed SP riferiti all'esercizio 2025 redatti secondo i criteri previsti dall'ITAS 1 - contabilità ACCRUAL	Evidenza della compilazione e trasmissione degli schemi CE ed SP riclassificati entro il 30/06/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	30%		10%		10%			SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
<b>1035</b>	Piano annuale dei flussi di cassa	Predisposizione piano annuale dei flussi di cassa entro il 28/02/2026 e le revisioni trimestrali entro il 20 del mese dopo il termine del trimestre	1. Predisposizione prospetto flussi di cassa alle varie scadenze 2. predisposizione decreto di adozione del piano annuale e delle revisioni trimestrali nei termini	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 singoli target	10%							SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
<b>1036</b>	Conservazione informatica registri IVA	I registri IVA sono conservati con supporto digitale	entro il 31/12/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%		20%		20%			SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
<b>1079</b>	Formazione del personale: Assicurare la partecipazione attiva dei dipendenti con una quota non inferiore alle 40 ore di formazione pro-capite annue secondo quanto stabilito dalla Direttiva Ministeriale 14 gennaio 2025 - Valorizzazione delle persone e prod	Evidenza del programma di formazione e relazione sull'attività svolta	1. Strutturare un programma di formazione coerente con i fabbisogni formativi per il personale della struttura; 2. Rendicontazione ore formazione svolte dal proprio personale; 3. Relazione motivata delle ore di formazione svolta da ciascun dipendente se inferiore a 40h/annue.	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%							SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
					100%		100%		100%			

SCHEDA DI BUDGET 2026 - DIREZIONE AMMINISTRATIVA: UFFICIO PER LA GESTIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI CLINICI

H - Adempimenti normativi (Trasparenza e anticorruzione e flussi ministeriali/mobilità/PNRR)

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
<b>1048</b> Rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa in materia di anticorruzione e trasparenza	Aggiornamento degli schemi di pubblicazione secondo quanto previsto dalla delibera n. 497 del 3 dicembre 2025 all'Allegato 5	Evidenza dell'aggiornamento secondo quanto previsto dalla Delibera Anac	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%				5%			RPCT
<b>1049</b> Stesura dei piani di miglioramento per le procedure relative alla gestione della Libera professione intramoenia, alle Sperimentazioni Cliniche e all'acquisizione dei beni e attrezzature in c/o visione.	partecipazione ai gruppi di lavoro finalizzati all'attivazione dei piani di miglioramento per le procedure nelle quali la struttura è coinvolta	evidenza dell'attivazione entro il 31/12/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%				5%			RPCT

J - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
<b>1042</b> Migliorare il sistema di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali	Riduzione rispetto al 2025 del rapporto tra prenotazione manuale e totale prenotazioni, di tutte le prestazioni tranne quelle relative al OMP, OMTI e TCAD	< 5%	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	20%				30%			Ufficio per la gestione dell'accesso ai Percorsi clinici
<b>1043</b> Introdurre l'offerta di PIC per le procedure endoscopiche	sono attive e utilizzate le slot specifiche per le PIC	Entro il 30/09/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%				15%			Ufficio per la gestione dell'accesso ai Percorsi clinici

<b>1044</b>	Progetto di miglioramento regionale delle radiologie	1. Invio ad ARCS relazione nei tempi richiesti; 2. Invio relazione su attività radiologica	1. invio entro il 31/03/2026; 2. rispetto delle tempistiche previste dalla Regione	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	25% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	10% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ufficio per la gestione dell'accesso ai Percorsi clinici
<b>1045</b>	Revisione del percorso di accettazione e pagamento delle prestazioni ambulatoriali	Proposta al Direttore amministrativo della procedura per l'accettazione dei pazienti ed incasso delle prestazioni	evidenza della proposta entro il 30/09/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	15% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ufficio per la gestione dell'accesso ai Percorsi clinici
<b>1046</b>	Progetto di miglioramento processi amministrativi dell'ufficio prestazioni ambulatoriali	Relazione con piano di miglioramento e percorso attuativo	evidenza del piano di miglioramento entro il 31/12/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	15% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	10% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ufficio per la gestione dell'accesso ai Percorsi clinici
<b>1047</b>	Monitoraggio trimestrale andamento della spesa di relativa competenza	predisposizione report trimestrali	invio all'ufficio bilancio entro il 20 del mese successivo al trimestre a partire dal secondo report	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	10% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
					100% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	100% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

**SCHEDA DI BUDGET 2026 - SOSD CONTROLLO DI GESTIONE**

**H - Adempimenti normativi (Trasparenza e anticorruzione e flussi ministeriali/mobilità/PNRR)**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
<b>1052</b> Elaborazione dati file F, modello LA, modello CP e relazione allegata al conto annuale	1. elaborazione flusso dati da caricare nel file F (infusionali e distribuzione diretta); 2. elaborazione modelli LA, relazione modello LA e modello CP preventivo e consuntivo e relazione allegata al conto annuale	1. entro il termine stabilito dalla DCS 2. entro il termine	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	25%		30%		20%			SOSD Controllo di Gestione
<b>1054</b> Garantire la gestione dei flussi informativi disciplinati dal D.P.C.M. 17.5.1984 e s.m.i.	Elaborazione e inserimento dei dati nel sistema NSIS	entro le scadenze previste	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%		5%		20%			SOSD Controllo di Gestione
<b>1059</b> Rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa in materia di anticorruzione e trasparenza	Aggiornamento degli schemi di pubblicazione secondo quanto previsto dalla delibera n. 497 del 3 dicembre 2025 all'Allegato 5	Evidenza dell'aggiornamento secondo quanto previsto dalla Delibera ANAC	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%		5%		5%			RPCT
<b>1060</b> Stesura dei piani di miglioramento per le procedure relative alla gestione della Libera professione intramoenia, alle Sperimentazioni Cliniche e all'acquisizione dei beni e attrezzature in c/o visione	partecipazione ai gruppi di lavoro finalizzati all'attivazione dei piani di miglioramento per le procedure nelle quali la struttura è coinvolta	evidenza dell'attivazione entro il 31/12/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%			5%		5%			RPCT

## J - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
<b>1053</b> Revisione della struttura dei centri di costo della procedura del personale (personale dipendente e personale esterno) in collaborazione con l'ufficio personale	nuova mappatura dei centri di costo	entro il 31/12/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%		10%		10%			Direzione amministrativa
<b>1055</b> Appropriatezza farmaci	Consolidare la reportistica dei farmaci per patologia/intento in collaborazione con la SOC Farmacia	almeno 2 report di confronto 2025-2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	15%		10%		5%			SOSD Controllo di Gestione
<b>1056</b> garantire i monitoraggi previsti nel regolamento della libera professione approvato con Delibera n. 223 del 30.04.24	predisposizione report trimestrali	report trimestrali predisposti entro il mese successivo al trimestre	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%		5%		10%			SOSD Controllo di Gestione
<b>1057</b> Revisione sistema di misurazione e valutazione della performance	revisione documento approvato con delibera n. 376 del 24/08/2023	entro il 31/12/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	20%		20%		15%			SOSD Controllo di Gestione
<b>1058</b> Monitoraggio trimestrale andamento della spesa di relativa competenza	predisposizione report trimestrali	invio all'ufficio bilancio entro il 20 del mese successivo al trimestre a partire dal secondo report	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%		10%		10%			SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
<b>1076</b> Formazione del personale: Assicurare la partecipazione attiva dei dipendenti con una quota non inferiore alle 40 ore di formazione pro-capite annue secondo quanto stabilito dalla Direttiva Ministeriale 14 gennaio 2025 - Valorizzazione delle persone e prod	Evidenza del programma di formazione e relazione sull'attività svolta	1. Strutturare un programma di formazione coerente con i fabbisogni formativi per il personale della struttura; 2. Rendicontazione ore formazione svolte dal proprio personale; 3. Relazione motivata delle ore di formazione svolta da ciascun dipendente se inferiore a 40h/annue.	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%							SOSD Controllo di Gestione
				100%		100%		100%			

SCHEDA DI BUDGET 2026 - DIREZIONE GENERALE: SEGRETERIA DIREZIONE GENERALE

H - Adempimenti normativi (Trasparenza e anticorruzione e flussi ministeriali/mobilità/PNRR)

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
1064 Rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa in materia di anticorruzione e trasparenza	Aggiornamento degli schemi di pubblicazione secondo quanto previsto dalla delibera n. 497 del 3 dicembre 2025 all'Allegato 5	Evidenza dell'aggiornamento secondo quanto previsto dalla Delibera ANAC	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RPCT

J - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
1065 Gestione crediti per prestazioni ambulatoriali non disdette e per utenti non paganti	iscrizione al ruolo delle posizioni debitorie	> 90% delle posizioni debitorie sono iscritte al ruolo	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Direzione Amministrativa
1066 Garantire l'attività di segreteria del Nucleo etico per la pratica clinica dell'Istituto	Gestione rimborso spese, gestione posta elettronica e supporto amministrativo al presidente	evidenza dell'attività svolta al 31/12/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Direzione Amministrativa
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SCHEDA DI BUDGET 2026 - DIREZIONE GENERALE: SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE

J - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
<b>1068</b> Aggiornamento della "Procedura per l'organizzazione degli interventi di primo soccorso e l'attivazione degli interventi di pronto soccorso per i lavoratori operanti al CRO"	stesura dell'aggiornamento e invio alle Direzioni per l'approvazione	approvazione e protocollazione del documento aggiornato entro il 30/06/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Servizio Prevenzione e Protezione
<b>1069</b> Divulgazione dell'aggiornamento della Procedura di primo soccorso ai lavoratori del CRO e al personale delle ditte esterne	programmazione, gestione e partecipazione ad almeno 3 incontri per la condivisione e attuazione della Procedura legata al primo soccorso	≥ 3 incontri suddivisi fra: i lavoratori del CRO, quali preposti e addetti al primo soccorso e gli operatori delle ditte esterne che giornalmente sono presenti in Istituto per lo svolgimento delle proprie attività	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40%	<input type="checkbox"/>	10%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Servizio Prevenzione e Protezione
<b>1070</b> Partecipazione alla stesura del capitolato per l'acquisto del nuovo software di gestione della formazione obbligatoria in materia di salute e sicurezza sul lavoro (secondo l'art. 37 del D.Lgs. 81/2008 e l'ASR del 17/4/2025)	incontri con gli uffici preposti per la definizione del fabbisogno dell'SPPA	approvazione delle specifiche tecniche del capitolato per l'acquisto del nuovo software di gestione della formazione obbligatoria in materia di salute e sicurezza sul lavoro (secondo l'art. 37 del D.Lgs. 81/2008 e l'ASR del 17/4/2025)	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20%	<input type="checkbox"/>	10%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Servizio Prevenzione e Protezione
<b>1071</b> Formazione e addestramento all'uso dei DPI secondo l'art. 37 del D.Lgs. 81/2008, tramite la metodologia Fit Test (metodo qualitativo)	erogazione corsi di addestramento all'uso dei DPI delle vie respiratorie, nello specifico dei Facciali Filtranti (FFP)	erogazione di ≥ 20 Fit Test (corso di addestramento all'uso del Facciale Filtrante) a lavoratori afferenti ai vari Dipartimenti dell'Istituto	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Servizio Prevenzione e Protezione

Verifica dell'efficacia della formazione in materia di salute e sicurezza sul lavoro, come disciplinato dal nuovo Accordo Stato-Regioni del 17/4/2025

implementazione di una metodologia per la misura dell'efficacia formativa e sua applicazione sul campo

erogazione di questionari finalizzati a valutare la comprensione e assimilazione dei contenuti e l'acquisizione di comportamenti sicuri (le conoscenze e competenze acquisite dai lavoratori durante la formazione obbligatoria sono state effettivamente assimilate) da parte di  $\geq 10$  lavoratori

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

40%   Servizio Prevenzione e Protezione

100%  100%

**SCHEDA DI BUDGET 2026 - DIREZIONE GENERALE: SORVEGLIANZA SANITARIA**

**J - Progettualità aziendali**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
<b>1073</b> Istruzione operativa per la gestione delle libere professioni da parte della sorveglianza sanitaria	aggiornamento dell'istruzione operativa per la gestione delle libere professioni da parte della sorveglianza sanitaria	evidenza dell'aggiornamento dell'istruzione operativa e contestuale invio alla direzione sanitaria entro il 30/12/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sorveglianza Sanitaria
<b>1074</b> Standardizzazione delle procedure di sorveglianza sanitaria e gestione della salute dei lavoratori	aggiornamento della procedura per la tutela della lavoratrice in gravidanza e allattamento	evidenza della procedura e invio alla direzione sanitaria entro il 31/12/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sorveglianza Sanitaria
<b>1075</b> Analisi del rischio cardiovascolare (cv) nella popolazione di età lavorativa, al fine di identificare precocemente ed inviare a terapia gli individui affetti da malattia cv - cfr. lgg 2026	valutazione del rischio cv, secondo il punteggio score2 e le linee guida europee, in almeno il 50% dei lavoratori visitati nel 2026 e candidabili alla valutazione	relazione epidemiologica sui risultati ottenuti entro il 30/12/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sorveglianza Sanitaria
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SCHEDA DI BUDGET 2026 - DIREZIONE GENERALE: UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO E COMUNICAZIONE

H - Adempimenti normativi (Trasparenza e anticorruzione e flussi ministeriali/mobilità/PNRR)

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
1084 Rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa in materia di anticorruzione e trasparenza	Rivedere e bonificare le sezioni e sottosezioni dell'Amministrazione Trasparente presenti sul sito web aziendale, in ottemperanza alle delibere ANAC, al fine di permettere una corretta navigazione delle informazioni da parte degli utenti.	Entro il 31/12/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40%	<input type="checkbox"/>	Direzione Generale

J - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
1082 Gestione donazioni in denaro (fundraising)	Realizzare un report sulle modalità di versamento delle donazioni in denaro pervenute all'Istituto nei primi sei mesi dell'anno corrente (gennaio-giugno 2026)	Entro il 31/08/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30%	<input type="checkbox"/>	Direzione Generale
1083 Area Intranet aziendale	Realizzare un report sull'andamento dell'Area Intranet aziendale nei primi sei mesi dell'anno corrente (gennaio-giugno 2026)	Entro il 31/08/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30%	<input type="checkbox"/>	Direzione Generale
1085 Gestione dei reclami	Predisposizione di 2 relazioni semestrali con la sintesi dei reclami suddivisi per tipologia e tempi di evasione delle risposte	1. Relazione del primo semestre entro il 15/09/2026 2. Relazione del secondo semestre entro il 31/01/2027	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Direzione Generale

**1086**

Analisi dei reclami

Predisposizione di una relazione sull'analisi dei diversi reclami e delle azioni di miglioramento che si possono attuare

Invio della relazione alla SOSD Controllo di Gestione entro il 31/01/2027

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-----	--------------------------	--------------------------

Direzione Generale

**1087**

Questionari sulla soddisfazione dell'utente

Revisione dei contenuti dei questionari sulla soddisfazione per l'utenza ricoverata (degenze mediche e chirurgiche) e per gli ambulatori di oncologia medica dell'Area Terapie (4° dente)

Predisposizione dei questionari di soddisfazione per l'area degenza (2° e 4° piano) ed ambulatoriale (4°dente) entro il 31 maggio 2026

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-----	--------------------------	--------------------------

Direzione Generale

**1088**

Rilevazione della soddisfazione del paziente/utente

1. Somministrazione dei questionari nei reparti di degenza del 2° e 4° piano e nell'Area Terapie (4° dente) a partire da fine giugno 2026;  
2. Inserimento ed elaborazione dei dati in collaborazione con:  
- la Biblioteca Scientifica e per Pazienti per la parte dell'inserimento;  
- la SOC di Epidemiologia per l'elaborazione dei risultati.

Invio alla Direzione sanitaria entro il 31/12/2026 di un report con l'evidenza dei risultati

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-----	--------------------------	--------------------------

Direzione Generale

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100%	100%	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	------	------	--------------------------

SCHEDA DI BUDGET 2026 - SOSD DIREZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE - AREA ASSISTENZIALE CHIRURGICO-ENDOSCOPICA

A - Attività di sala operatoria

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
<b>1177</b> Migliorare l'efficienza di sala operatoria	1. % prime incisioni entro i seguenti orari: - max 8:30 per gli interventi in DH - max 9:00 per gli interventi di media chirurgia - max 9:30 per gli interventi di alta chirurgia. La suddivisione degli interventi in piccola, media e alta chirurgia è in rapporto al tipo di anestesia. 2. % ultime suture tra le 13.30 e le 15.30 (ad eccezione degli interventi con durata superiore a 6 ore)	1. ≥ l'85% degli interventi rispettano l'orario di inizio; 2. almeno l'80% degli interventi rispettano l'orario stabilito	L'obiettivo viene valutato secondo un'analisi campionaria. Le percentuali di raggiungimento vengono valutate come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo < 50% = 0%. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei dei singoli target				5%	5%			SOSD Controllo di gestione

B - Volumi di attività assistenziale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
<b>1178</b> Attività chirurgica	N. interventi mammella	≥ 600 interventi	La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%					10%			SOSD Controllo di gestione
<b>1179</b> Ridurre i tempi di attesa per gli allargamenti del melanoma	Numero di allargamenti melanoma	≥ n. 13 casi entro il 30/04/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%				25%	25%			SOC Chirurgia Oncologica Generale

## J - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.		Coll. Ric. (D)
<b>1175</b> Mantenere le competenze delle strumentiste a nurse di anestesia	Numero di turni per nurse identificate	Tutte le strumentiste identificate svolgono attività di nurse per almeno 30 turni di nurse/anno	Valutazione secondo un criterio proporzionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30%	30%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Area assistenziale chirurgico-endoscopica
<b>1176</b> Garantire la formazione al personale dell'area medica per lo svolgimento di attività di supporto in terapia intensiva	Garantire la formazione al personale individuato	Evidenza della formazione	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30%	30%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Area assistenziale chirurgico-endoscopica

## P - Obiettivo gestionale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.		Coll. Ric. (D)
<b>1174</b> Gestire le ferie	Stesura del piano ferie annuale della struttura	Invio del piano ferie annuale alla direzione sanitaria entro il 30/04/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Direzione sanitaria
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100%	100%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SCHEDA DI BUDGET 2026 - SOSD DIREZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE - AREA ASSISTENZIALE DELLE DEGENZE ONCOLOGICHE MEDICHE/CHIRURGICHE CON PERCORSO TRAPIANTO DI CELLULE STAMINALI

J - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.		Coll. Ric. (D)
1169 Prevenzione delle "CADUTE ACCIDENTALI"	Partecipazione del personale individuato dalla direzione agli incontri di restituzione dei risultati di rilevazione Incident Reporting e segnalazioni cadute	Evidenza della partecipazione per almeno l'80% del personale individuato	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25%	25%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOSD Igiene Ospedaliera
1170 Formazione del personale infermieristico dell'area degenze mediche per il supporto presso la terapia intensiva	Partecipazione alla formazione del personale individuato	Evidenza della partecipazione	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20%	25%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Area assistenziale chirurgico-endoscopica
1171 Servizio ristorazione: implementazione sistema segnalazione NC	Supporto a RUP e DEC per: - definizione dei professionisti da formare alla segnalazione delle NC; - collaborazione con FO e coordinatori per l'attivazione del sistema; - gestione delle verifiche in contraddittorio	Evidenza di un'attività di rilevazione e comunicazione delle non conformità a cura dei professionisti individuati	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20%	25%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Area assistenziale delle degenze oncologiche mediche/chirurgiche con percorso trapianto di cellule staminali
1172 Monitorare mensilmente l'occupazione dei posti letto nelle unità operative di degenza (distinguendo tra charge e discharge e appoggi in chirurgia)	Report mensile dei dati	Evidenza di 12 report completi mensili alla DPS	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25%	25%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Direzione professioni sanitarie - area infermieristica

## P - Obiettivo gestionale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.		Coll. Ric. (D)
1168 Gestire le ferie	Stesura del piano ferie annuale della struttura	Invio del piano ferie annuale alla direzione sanitaria entro il 30/04/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Direzione sanitaria
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100%	100%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SCHEDA DI BUDGET 2026 - SOSD DIREZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE - AREA INFERMIERISTICA

E - Progettualità regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
<b>1193</b> Partecipazione al tavolo tecnico regionale	Partecipazione al tavolo tecnico regionale per la stesura del piano strategico regionale partecipato di contrasto alla carenza di personale sanitario/infermieristico	Evidenza della partecipazione	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%								Direzione professioni sanitarie - area infermieristica
<b>1194</b> Attuazione e monitoraggio degli obiettivi presenti nelle Linee annuali per la gestione del SSR 2026	Predisposizione report trimestrali di monitoraggio degli obiettivi della linea regionale inerente le priorità regionali su carenza del personale sanitario	Invio report alla SOSD Controllo di Gestione in tempo utile per l'approvazione dei rendiconti trimestrali	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%								SOSD Controllo di gestione
<b>1196</b> Partecipazione alla gara regionale di mediazione culturale	Partecipazione alla gara	Evidenza della partecipazione	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%				20%				Direzione professioni sanitarie - area infermieristica

J - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
<b>1191</b> Carenza di risorse infermieristiche: stesura del piano di trasferimento di infusioni di antiblastici dalla sede di San Vito a quella di Pordenone al fine di garantire la continuità assistenziale	Stesura della procedura	Evidenza della stesura entro 30/06/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%								Direzione professioni sanitarie - area infermieristica
<b>1192</b> Apertura H12 dell'Area terapie: stesura del progetto di fattibilità	Stesura del progetto	Invio della proposta alle Direzioni entro il 30/11/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%								Direzione professioni sanitarie - area infermieristica

<b>1195</b>	Piano strategico per l'introduzione dell'Assistente Infermiere nei setting di cura pubblici e privati	Insediamento del tavolo tecnico, definizione del cronoprogramma e avvio delle attività	Partecipazione agli incontri	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%		10%					Direzione professioni sanitarie - area infermieristica
<b>1197</b>	Garantire percorsi di tirocinio per studenti di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche	1. Definizione della tipologia di percorso (organizzativo/manageriale di ricerca); 2. definizione degli obiettivi specifici	1. Completamento percorsi di tirocinio; 2. valutazione del raggiungimento degli obiettivi specifici entro il 31/12/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%				20%			Direzione professioni sanitarie - area infermieristica
<b>1198</b>	Garantire percorsi di tirocinio percorsi per i Corsi di Laurea triennali delle Professioni Sanitarie	1. Definizione dei periodi/date di accesso per l'assegnazione degli studenti alle strutture; 2. definizione dei rischi lavorativi; 3. gestione dei rapporti con la sorveglianza sanitaria	Evidenza della realizzazione delle attività previste nell'indicatore	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%		5%		15%			Direzione professioni sanitarie - area infermieristica
<b>1199</b>	Assicurare rapporti con gli Enti di formazione per gli OSS	1. definizione dei periodi/date di accesso per l'assegnazione degli studenti alle strutture; 2. definizione dei rischi lavorativi; 3. gestione dei rapporti con la sorveglianza sanitaria	Evidenza della realizzazione delle attività previste nell'indicatore	Relazione della Direzione delle Professioni Sanitarie, validata dal Direttore Sanitario	10%				15%			Direzione professioni sanitarie - area infermieristica
<b>1200</b>	Sostenere e supportare il personale infermieristico per la stesura di abstract da presentare a Congressi Nazionali/Internazionali, produrre articoli scientifici	1. Scrittura abstract, strutturazione poster e invio a Congressi Nazionali/Internazionali; 2. presentazione abstract accettati a Conferenze Nazionali/Internazionali (almeno 1); 3. collaborazione alla strutturazione e stesura articoli scientifici	1. Submission abstract a conferenze Nazionali/Internazionali (almeno due); 2. presentazione di Progetti di Ricerca/abstract a Conferenze Nazionali/Internazionali (almeno uno); 3. submission a riviste di articoli scientifici (almeno uno)	1. Abstract per ESMO, AIOM; 2. Partecipazione Congresso AIIAO; 3. Un articolo in submission con autori CRO	5%		5%		15%			Direzione professioni sanitarie - area infermieristica
<b>1201</b>	Partecipare ai WorkingGroup Nazionali/Internazionali per lo sviluppo della Ricerca e Pratica Infermieristica in ambito oncologico	Collaborazione e ideazione a progetti di formazione e ricerca	Evidenza alla partecipazione agli incontri	Partecipazione Working Group EONS	5%				15%			Direzione professioni sanitarie - area infermieristica

## T - Altri obiettivi

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.		Coll. Ric. (D)
<b>1187</b> Garantire il raggiungimento degli obiettivi dell'Area assistenziale delle terapie oncologiche con Unità di produzione e UFA	% di raggiungimento	Vedi risultato scheda di area	Il risultato è pari al raggiungimento complessivo del budget di area	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Direzione sanitaria
<b>1188</b> Garantire il raggiungimento degli obiettivi dell'Area assistenziale delle degenze oncologiche mediche/chirurgiche con percorso trapianto di cellule staminali	% di raggiungimento	Vedi risultato scheda di area	Il risultato è pari al raggiungimento complessivo del budget di area	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Direzione sanitaria
<b>1189</b> Garantire il raggiungimento degli obiettivi dell'Area assistenziale chirurgico-endoscopica	% di raggiungimento	Vedi risultato scheda di area	Il risultato è pari al raggiungimento complessivo del budget di area	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Direzione sanitaria
<b>1190</b> Garantire il raggiungimento degli obiettivi dell'Area Qualità e Sicurezza delle Cure, Sviluppo di Modelli Organizzativi Assistenziali e Ricerca Professioni Sanitarie	% di raggiungimento	Vedi risultato scheda di area	Il risultato è pari al raggiungimento complessivo del budget di area	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Direzione sanitaria
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SCHEDA DI BUDGET 2026 - SOSP DIREZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE - AREA QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE, SVILUPPO DI MODELLI ORGANIZZATIVI ASSISTENZIALI E RICERCA PROFESSIONI SANITARIE

J - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.		Coll. Ric. (D)
<b>1182</b> Rilevare i carichi assistenziali e definire il bisogno quali-quantitativo di risorse	Report delle attività assistenziali e del fabbisogno quali-quantitativo di risorse	Trasmissione del report alla Direzione delle Professioni sanitarie entro il 30/09/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30%	30%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Area Qualità e Sicurezza delle Cure, Sviluppo di Modelli Organizzativi Assistenziali e Ricerca Professioni Sanitarie
<b>1183</b> Garantire percorsi di tirocinio percorsi per i Corsi di Laurea triennali delle Professioni Sanitarie	1. Definizione dei periodi/date di accesso per l'assegnazione degli studenti alle strutture; 2. definizione dei rischi lavorativi; 3. gestione dei rapporti con la sorveglianza sanitaria	Evidenza della realizzazione delle attività previste nell'indicatore	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30%	30%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Direzione professioni sanitarie - area infermieristica
<b>1184</b> Garantire le attività dell'ambulatorio di otorinolaringoiatria	Presenza di personale di supporto durante le attività del gruppo multidisciplinare	Almeno l'80% dei turni sono garantiti con personale dell'area	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30%	10%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Area Qualità e Sicurezza delle Cure, Sviluppo di Modelli Organizzativi Assistenziali e Ricerca Professioni Sanitarie
<b>1185</b> Implementare un modello uniforme di case management in Istituto	Nomina infermieri case manager	N. di pazienti presi in carico e valutati/anno/case manager (≥ 40) al 30/11/2026	La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo < 50% = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Area Qualità e Sicurezza delle Cure, Sviluppo di Modelli Organizzativi Assistenziali e Ricerca Professioni Sanitarie

## P - Obiettivo gestionale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.		Coll. Ric. (D)
1181 Gestire le ferie	Stesura del piano ferie annuale della struttura	Invio del piano ferie annuale alla direzione delle professioni sanitarie- area infermieristica entro il 30/04/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Direzione sanitaria
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100%	100%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SCHEDA DI BUDGET 2026 - SOSD DIREZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE - AREA TECNICA SANITARIA

E - Progettualità regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
<b>1109</b> Partecipazione ai tavoli regionali/concorsi/gare	Garantire la partecipazione ai tavoli regionali	Evidenza della partecipazione ai tavoli regionali	Relazione della SOSD	10%		10%						SOSD Dir. Prof. San - area tecnica
<b>1114</b> PNRR -Missione 6 Salute Investimenti 2.2	Rendicontazione su Piattaforma Regis	Evidenza rendicontazione	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%								SOSD Dir. Prof. San - area tecnica
<b>1115</b> Piano Formativo Aziendale	Formalizzazione con decreto all'interno del PIAO del Piano Formativo Aziendale	Invio alla DCS entro 31 gennaio 2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%								SOSD Dir. Prof. San - area tecnica
<b>1116</b> Relazione Annuale CAF	Stesura della Relazione Annuale dell'attività del CAF	Invio alla DCS entro il 30/04/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%								SOSD Dir. Prof. San - area tecnica

J - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
<b>1105</b> Gestione Formazione	Monitoraggio e gestione condivisa tra i due Dipartimenti	Evidenza della matrice condivisa tra i due Dipartimenti	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	15%		15%						SOSD Dir. Prof. San - area tecnica
<b>1106</b> Privacy SOSD	Organizzazione adempimenti privacy della SOSD	Formazione sul Campo ed elaborazione documento	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%		10%						SOSD Dir. Prof. San - area tecnica

<b>1107</b>	Analisi dei processi dell'anatomia CRO e ASFO	Analisi dei processi: strumenti, volumi, personale	Invio matrice comune alla direzione entro il 31/12/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%							SOSD Dir. Prof. San - area tecnica
<b>1108</b>	Riorganizzazione dell'attività della struttura di patologia oncologica in collaborazione con ASFO	Collaborare con la direzione sanitaria alle attività di riorganizzazione relative a volumi attività, personale e attrezzature	Evidenza della partecipazione alle attività	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%							SOSD Dir. Prof. San - area tecnica

## P - Obiettivo gestionale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
<b>1110</b>	Garantire l'attività di diagnostica/ricerca/terapia della SOC/SOSD	Predisposizione e attuazione dei piani di lavoro del personale del comparto	Evidenza dei piani di lavoro mensili	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%		30%					SOSD Dir. Prof. San - area tecnica
<b>1111</b>	Gestire le ferie	Stesura del piano ferie annuale della struttura	Invio del piano ferie annuale alla direzione sanitaria entro il 30/04/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%		10%					Direzione sanitaria
<b>1112</b>	Gestire le ferie del personale del comparto	Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2026	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: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno; 2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare			15%					SOSD Controllo di gestione
<b>1113</b>	Gestire delle ferie del personale	Partecipazione al corso relativo alle ferie organizzato dalla direzione	Evidenza della partecipazione	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%			10%					Direzione amministrativa
					100%		100%					

SCHEDA DI BUDGET 2026 - SOSD DIREZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE - AREA TECNICO - DIAGNOSTICA E DELLA RICERCA

E - Progettualità regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
1091 Partecipazione ai tavoli regionali/concorsi/gare	Garantire la partecipazione ai tavoli regionali	Evidenza della partecipazione ai tavoli regionali	Relazione della SOSd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10%	10%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOSD Dir. Prof. San - area tecnica

J - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
1089 Gestione Formazione	Monitoraggio e gestione condivisa tra i due Dipartimenti	Evidenza della matrice condivisa tra i due Dipartimenti	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15%	5%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOSD Dir. Prof. San - area tecnica
1090 Corsi sicurezza	Partecipazione a corsi di aggiornamento stabilito	Almeno 2 tecnici per SOC DDLC partecipano al corso FIT TEST	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10%	25%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOSD Dir. Prof. San - area tecnica

P - Obiettivo gestionale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
1092 Garantire l'attività di diagnostica/ricerca/terapia della SOC/SOSD	Predisposizione e attuazione dei piani di lavoro del personale del comparto	Evidenza dei piani di lavoro mensili	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30%	50%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOSD Dir. Prof. San - area tecnica
1093 Gestire le ferie	Stesura del piano ferie annuale della struttura	Invio del piano ferie annuale alla direzione sanitaria entro il 30/04/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Direzione sanitaria

1094

Gestire le ferie del personale del comparto

Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2026

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: fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno;

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

- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2026  $\geq$  al diritto ferie di un anno + festività sopresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni;
- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2026  $<$  del diritto ferie di un anno + festività sopresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno;
- per coloro che non hanno residuo ferie al 01.01.2026: fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari ad almeno l'80% del maturato dell'anno riproporzionato sui mesi di servizio.

L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa.

La percentuale di raggiungimento del target viene valutata come segue:

$\geq 90\% = 100\%$   
 $\geq 50\% \text{ e } < 90\% = \text{in proporzione all'intervallo}$   
 $< 50\% = 0\%$

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15%	10%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	-----	-----	--------------------------	--------------------------

SOSD Controllo di gestione

1095

Gestire delle ferie del personale

Partecipazione al corso relativo alle ferie organizzato dalla direzione

Evidenza della partecipazione

Il risultato viene valutato come segue:

se il risultato è sì = 100%

se il risultato è no = 0%

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	-----	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Direzione amministrativa

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100%	100%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	------	------	--------------------------	--------------------------

SCHEDA DI BUDGET 2026 - SOSD DIREZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE - AREA TECNICO-ASSISTENZIALE

E - Progettualità regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
1099 Partecipazione ai tavoli regionali/concorsi/gare	Garantire la partecipazione ai tavoli regionali	Evidenza della partecipazione ai tavoli regionali	Relazione della SOSd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10%	10%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOSD Dir. Prof. San - area tecnica

J - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
1097 Gestione Formazione	Monitoraggio e gestione condivisa tra i due Dipartimenti	Evidenza della matrice condivisa tra i due Dipartimenti	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15%	5%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOSD Dir. Prof. San - area tecnica
1098 Corsi sicurezza	Partecipazione a corsi di aggiornamento stabilito	Almeno 2 tecnici per SOC del Dipartimento partecipano al corso MMP	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10%	25%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOSD Dir. Prof. San - area tecnica

P - Obiettivo gestionale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
1100 Garantire l'attività di diagnostica/ricerca/terapia della SOC/SOSD	Predisposizione e attuazione dei piani di lavoro del personale del comparto	Evidenza dei piani di lavoro mensili	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30%	50%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOSD Dir. Prof. San - area tecnica
1101 Gestire le ferie	Stesura del piano ferie annuale della struttura	Invio del piano ferie annuale alla direzione sanitaria entro il 30/04/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Direzione sanitaria

1102

Gestire le ferie del personale del comparto

Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2026

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: fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno;  
 2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico:  
 - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2026  $\geq$  al diritto ferie di un anno + festività sopresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni;  
 - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2026  $<$  del diritto ferie di un anno + festività sopresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno;  
 - per coloro che non hanno residuo ferie al 01.01.2026: fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari ad almeno l'80% del maturato dell'anno riproporzionato sui mesi di servizio.  
 L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa.  
 La percentuale di raggiungimento del target viene valutata come segue:  
 $\geq 90\% = 100\%$   
 $\geq 50\% \text{ e } < 90\% = \text{in proporzione all'intervallo}$   
 $< 50\% = 0\%$

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	15%	10%	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	-----	-----	----------------------	----------------------

SOSD Controllo di gestione

1103

Gestire delle ferie del personale

Partecipazione al corso relativo alle ferie organizzato dalla direzione

Evidenza della partecipazione

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	10%	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	-----	----------------------	----------------------	----------------------

Direzione amministrativa

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	100%	100%	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	------	------	----------------------	----------------------

SCHEDA DI BUDGET 2026 - SOSD DIREZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE-AREA ASSISTENZIALE DELLE TERAPIE ONCOLOGICHE CON UNITÀ DI PRODUZIONE E UFA

J - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.		Coll. Ric. (D)
1162 Carenza di risorse infermieristiche: stesura del piano di trasferimento di infusioni di antitumorali dalla sede di San Vito a quella di Pordenone al fine di garantire la continuità assistenziale	Stesura della procedura	Evidenza della stesura entro 30/06/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25%	20%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Direzione professioni sanitarie - area infermieristica
1163 Garantire l'attività di Oncologia presso la sede di Pordenone e San Vito da parte del personale del comparto del Dipartimento	Garantire la presenza di personale infermieristico (almeno 2 unità) durante le giornate previste per la somministrazione delle terapie	100% dei turni garantiti	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10%	20%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Area assistenziale delle terapie oncologiche con unità di produzione UFA
1164 Implementare i controlli microbiologici in UFA a supporto della gestione dei controlli ambientali e strumentali	1) Gestione logistica dei materiali necessari all'implementazione dei controlli microbiologici in UFA 2) Esecuzione controlli, registrazione e comunicazione dei risultati 3) Supporto per eventuali azioni correttive	Almeno 3 controlli ambientali a scadenza quadrimestrale sulle superfici e sull'aria - area ambiente e cappe dell'UFA	Valutazione secondo un criterio proporzionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOC Farmacia
1165 Formazione e inserimento del personale infermieristico nei clinical trial	N. inserimenti sul totale personale infermieristico assegnato	4 inserimenti entro il 31/12/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30%	20%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Area assistenziale delle terapie oncologiche con unità di produzione UFA
1166 Apertura H12 dell'Area terapie: stesura del progetto di fattibilità	Stesura del progetto	Invio della proposta alle Direzioni entro il 30/11/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25%	20%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Direzione professioni sanitarie - area infermieristica

## P - Obiettivo gestionale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
1161 Gestire le ferie	Stesura del piano ferie annuale della struttura	Invio del piano ferie annuale alla direzione sanitaria entro il 30/04/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Direzione sanitaria
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100%	100%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SCHEDA DI BUDGET 2026 - SOSD IGIENE OSPEDALIERA E UFFICI DIREZIONE SANITARIA

E - Progettualità regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
<b>1142</b> Progetto NSIS-CLASS: utilizzo delle classificazioni ICD 10 IM e CIPI per i flussi SDO	Formazione regionale dei referenti aziendali	Partecipazione di almeno un referente di Istituto alla formazione. Presenza ai 5 incontri previsti di almeno uno dei referenti (in presenza o da remoto)	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%				10%			SOSD Igiene Ospedaliera
<b>1143</b> Attuazione e monitoraggio degli obiettivi presenti nelle Linee annuali per la gestione del SSR 2026	Predisposizione report trimestrali di monitoraggio degli obiettivi delle linee regionali inerenti alla Rete Cure Sicure e al contrasto all'antibiotico resistenza	Invio report al controllo di Gestione in tempo utile per l'approvazione dei rendiconti trimestrali	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	20%				10%			SOSD Controllo di gestione
<b>1144</b> Collaborare al monitoraggio di appropriatezza dei ricoveri previsto dal piano controlli	Partecipazione ai due controlli semestrali	Entro i tempi previsti dal piano controlli	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%				15%			SOSD Igiene Ospedaliera

J - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
<b>1145</b> Progetto NSIS-CLASS	Formazione in Istituto dei Dirigenti medici delle Strutture interessate	Formazione dei Direttori/Responsabili e di almeno un altro Dirigente medico per ciascuna delle Strutture interessate entro le scadenze previste dalla DCS	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	25%				10%			SOSD Igiene Ospedaliera
<b>1146</b> Corretta adesione al Regolamento di istituto per la compilazione del registro operatorio	Monitoraggio numero richieste di riapertura del registro di sala	Almeno 3 report inviati alla SOSD Controllo di gestione	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%				10%			SOSD Controllo di gestione

<b>1147</b>	Revisione protocollo aziendale della profilassi antibiotica preoperatoria	Collaborazione con la SOC Anestesia e Rianimazione e rischio clinico per la revisione e stesura del protocollo	Evidenza della revisione entro dicembre 2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOSD Igiene Ospedaliera
<b>1148</b>	Corretta gestione documentazione clinica di ricovero	Tempi consegna CC dalla dimissione del paziente	Monitoraggio tempi consegna e predisposizione di comunicazione di alert per le SO relative alle cartelle ancora aperte e prossime alla scadenza dei 30 gg (invio di almeno 2 monitoraggi alla SOSD Controllo di gestione)	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOSD Igiene Ospedaliera
<b>1149</b>	Revisione informative al consenso	Completamento della attività di revisione dei documenti di almeno n.2 strutture (degenza e/o ambulatoriale)	Inserimento in Qualibus entro il 31/12/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOSD Igiene Ospedaliera

## S - Progettualità di accreditamento/certificazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
<b>1151</b> ISO 15189	Coordinare le attività per la visita di accreditamento	Visita di accreditamento effettuata	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Servizio Qualità e Accreditamento
<b>1152</b> Coordinamento dell'attività dell'implementazione del sistema qualità aziendale a supporto dei programmi di accreditamento	- coordinare la formazione; - coordinare i gruppi di lavoro	Evidenza della realizzazione dell'attività	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Servizio Qualità e Accreditamento
<b>1153</b> Servizio ristorazione: implementazione sistema segnalazione NC	Supporto a RUP e DEC per implementazione del sistema di controllo con l'utilizzo check list	E' garantita la collaborazione ad ARCS per la gestione del sistema dei controlli	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOSD Igiene Ospedaliera
<b>1154</b> Trasporti interni: nuovo contratto	Revisione procedura trasporti interni	Procedura trasmessa al Direttore sanitario entro 31/12/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOSD Igiene Ospedaliera
				100%	<input type="checkbox"/>	100%	<input type="checkbox"/>	100%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SCHEDA DI BUDGET 2026 - SOC FARMACIA

E - Progettualità regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
<b>1204</b> Attuazione e monitoraggio degli obiettivi presenti nelle Linee annuali per la gestione del SSR 2026	Predisposizione report trimestrali di monitoraggio degli obiettivi delle linee regionali inerenti alla farmaceutica, farmacovigilanza, assistenza integrativa, dispositivi medici, dispositivo vigilanza	Invio report alla SOSD Controllo di Gestione in tempo utile per l'approvazione dei rendiconti trimestrali	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	20%	10%							SOSD Controllo di gestione

J - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
<b>1212</b> Appropriatezza farmaci	Consolidare la reportistica dei farmaci per patologia/intento in collaborazione con la SOSD Controllo di Gestione	Almeno 2 report di confronto 2025-2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		10%							SOSD Controllo di Gestione
<b>1213</b> Gestione dei farmaci sperimentali	Gestione dei lotti, tracciabilità, catena del freddo, audit e monitoraggio degli studi clinici	Documentazione presente per il 90% degli studi	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%								40%	SOC Farmacia

L - Appropriatelyzza e contenimento spesa prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
<b>1205</b> Ottimizzazione dell'utilizzo dei farmaci DrugDay: analisi della aderenza ai criteri stabiliti per una lista di farmaci individuati dalla farmacia in collaborazione con le strutture cliniche	Monitoraggio trimestrale dell'obiettivo di budget presente nelle schede delle strutture cliniche	Invio di almeno due monitoraggi trimestrali alla SOSD Controllo di Gestione a partire dall'avvio del Drug Day da parte delle S.O.	Il risultato viene valutato in proporzione ai monitoraggi effettuati	15%	10%							SOC Farmacia

<b>1206</b>	Attività di farmacovigilanza/dispositivo vigilanza	Realizzazione di almeno 1 mini workshop formalizzato per ciascun reparto	Evidenza della realizzazione di almeno un workshop	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%%	<input type="checkbox"/> 10%	<input type="checkbox"/> 10%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 20%	SOC Farmacia
<b>1207</b>	Attività di farmacovigilanza	Monitoraggio del numero di segnalazioni di Sospette Reazioni Avverse (ADR) trasmesse dalle S.O.	- 1 report semestrale entro il 31/07/2026; - almeno 2 report nel 2° semestre	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/> 10%	<input type="checkbox"/> 10%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 20%	SOC Farmacia
<b>1208</b>	Monitoraggio clinico dei trattamenti off-label	Monitoraggio dell'obiettivo di budget presente nelle schede delle strutture cliniche	Invio di almeno due monitoraggi alla SOSD Controllo di Gestione	Il risultato viene valutato in proporzione ai monitoraggi effettuati	<input type="checkbox"/> 10%	<input type="checkbox"/> 10%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOC Farmacia
<b>1209</b>	Monitoraggio dell'introduzione di nuovi farmaci oncologici nella pratica clinica	Applicazione per almeno l'80% dei farmaci di nuovo inserimento	Almeno due monitoraggi dell'obiettivo di budget presente nelle schede delle strutture cliniche	Il risultato viene valutato in proporzione ai monitoraggi effettuati	<input type="checkbox"/> 10%	<input type="checkbox"/> 10%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 20%	SOC Farmacia
<b>1210</b>	Percorso per l'introduzione di nuovi dispositivi medici (DM)	Definire il nuovo percorso in collaborazione con le S.O.	Trasmissione del documento entro il 31/05/2026 alla direzione sanitaria	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/> 15%	<input type="checkbox"/> 15%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOC Farmacia
<b>1211</b>	Monitoraggio farmaci innovativi	1. supporto alla SOSD Controllo di gestione per l'elaborazione del file F per la parte dei farmaci innovativi; 2. monitoraggio dei dati inviati dalla DCS	Evidenza della realizzazione degli indicatori	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei target	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 15%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOC Farmacia

## P - Obiettivo gestionale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
<b>1203</b> Gestire le ferie del personale della dirigenza	Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2026	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: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno; 2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2026 $\geq$ al diritto ferie di un anno + festività soppresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni; - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2026 < del diritto ferie di un anno + festività soppresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno; - per coloro che non hanno residuo ferie al 01.01.2026: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari ad almeno l'80% del maturato dell'anno riproporzionato sui mesi di servizio. L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa. La percentuale di raggiungimento del target viene valutata come segue: $\geq 90\% = 100\%$ $\geq 50\% \text{ e } < 90\% = \text{in proporzione all'intervallo}$ $< 50\% = 0\%$	10%								SOSD Controllo di gestione
				100%	100%						100%	

SCHEDA DI BUDGET 2026 - SOSD PSICOLOGIA ONCOLOGICA

D - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
1158 Mantenimento produzione scientifica	Proposta di almeno un protocollo di ricerca	Sottomissione al NRC	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox" value="25%"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Direzione Scientifica

J - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
1155 Questionario benessere organizzativo	Elaborazione e diffusione del questionario	1. Consegna a tutto il personale interessato; 2. invio report alla Direzione Sanitaria entro 15/12/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox" value="25%"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Direzione sanitaria
1157 Valutazione del disagio emotivo nei pazienti oncologici secondo quanto previsto dagli standard di accreditamento internazionali	Proposta di una Procedura condivisa per la rilevazione del disagio emotivo attraverso l'utilizzo del Distress Thermometer Screening	Bozza della procedura disponibile alla condivisione con le strutture interessate entro 30/06/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox" value="25%"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOSD Psicologia Oncologica

P - Obiettivo gestionale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
1156 Adozione strumento per la definizione dei piani di lavoro	Definire attività e i relativi volumi (condizionato alla acquisizione di almeno un nuovo professionista)	Trasmissione documento alla direzione sanitaria e controllo di gestione entro il 31/07/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox" value="25%"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOSD Psicologia Oncologica
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox" value="100%"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SCHEDA DI BUDGET 2026 - DIREZIONE SANITARIA: CENTRO ATTIVITÀ FORMATIVE

E - Progettualità regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
<b>1121</b> Piano Formativo Aziendale	Predisposizione relazione all'interno della sezione del Piano Formativo Aziendale	Invio alla DCS entro 31 gennaio 2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Centro attività formative
<b>1122</b> Aggiornamento Piano Formativo Aziendale	Aggiornamento del Piano Formativo Aziendale entro 30 giorni dalla pubblicazione dell'aggiornamento del Piano Formativo Regionale	Invio alla DCS entro 30 giorni dalla pubblicazione dell'aggiornamento del Piano Formativo Regionale	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Centro attività formative
<b>1123</b> Relazione Annuale CAF	Stesura della Relazione Annuale dell'attività del CAF	Invio alla DCS entro il 30 aprile 2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Centro attività formative
<b>1124</b> Progetto Formativo (mandato Regionale)	Accreditamento, gestione e rendicontazione evento formativo	evidenza della realizzazione dell'indicatore	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Centro attività formative

## P - Obiettivo gestionale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.		Coll. Ric. (D)
1125 Gestire le ferie del personale del comparto	Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2026	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: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno;</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 01.01.2026 <math>\geq</math> al diritto ferie di un anno + festività soppresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni;</li> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2026 <math>&lt;</math> del diritto ferie di un anno + festività soppresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari ad almeno il 100% del maturato di un anno;</li> <li>- per coloro che non hanno residuo ferie al 01.01.2026: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari ad almeno l'80% del maturato dell'anno riproporzionato sui mesi di servizio.</li> </ul> <p>L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa.</p> <p>La percentuale di raggiungimento del target viene valutata come segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><math>\geq 90\% = 100\%</math></li> <li><math>\geq 50\% \text{ e } &lt; 90\% = \text{in proporzione all'intervallo}</math></li> <li><math>&lt; 50\% = 0\%</math></li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOSD Controllo di gestione
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SCHEDA DI BUDGET 2026 - DIREZIONE SCIENTIFICA: SEGRETERIA SCIENTIFICA E UFFICI DI STAFF

G - PIAO 2026-2028 Ricerca, formazione e sviluppo

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
<b>1135</b> Linea strategica: 4.4 Divulgazione scientifica	Definizione di un piano dei seminari scientifici con relatori esterni e realizzazione di almeno 4 seminari	almeno nr. 4 seminari	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Direzione Scientifica
<b>1136</b> Linea strategica: 4.2 Ridefinizione attività CAMPUS	Definizione di azioni di miglioramento edili e di arredo in collaborazione con Fondazione CRO: realizzazione computo metrico e cronoprogramma dei lavori	evidenza della realizzazione computo metrico e cronoprogramma dei lavori	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Direzione Scientifica
<b>1137</b> Linea strategica: 4.3 Definizione accordi di collaborazione con Università [OEI standard 5.]	Stipula di accordo quadro /piattaforma secondo il modello ministeriale con l'Università degli studi di Udine e firma della convenzione	evidenza della sottoscrizione dell'accordo	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12%	<input type="checkbox"/>	5%	Direzione Scientifica
<b>1138</b> Linea strategica: 4.7 Finanziamenti per la ricerca [OEI standard 79.]	1. Monitoraggio degli indicatori per la performance della sottomissione ad enti finanziatori e misurazione dell'indice di successo: registrazione delle proposte progettuali preliminari per i bandi competitivi del triennio 2023-2025 e verifica del numero dei progetti effettivamente finanziati (conteggio progetti formalizzati mediante adozione con atto); 2. Tracciamento della percentuale di coinvolgimento dei ricercatori nei progetti di ricerca: report semestrale sul coinvolgimento	1. Rapporto tra progetti finanziati su progetti presentati; 2. Report semestrale	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27%	<input type="checkbox"/>	40%	Direzione Scientifica

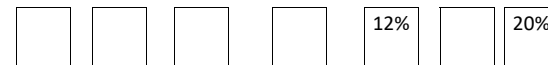
1139

Trasferimento dei dati storici (anagrafica e dati clinici se disponibili) dei pazienti arruolati in studi clinici ed elencati nel Database degli Clinical Trial (DBCT) della Direzione Scientifica al 31/12/2025 nella nuova Piattaforma Informatica degli Stud

Percentuale di arruolamenti trasferiti nella nuova piattaforma e presenti nel DBCT al 31/12/2025

Evidenza del trasferimento di dati tra piattaforme

Il risultato viene valutato come segue:  
se l'import è ≥ al 90% = 100%  
se l'import è < al 90% = 0%



Direzione Scientifica

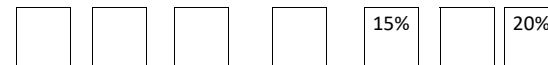
1140

Analisi del contesto della gestione informatica dei dati pertinenti agli studi clinici, finalizzata ad un piano di miglioramento e alla validazione delle soluzioni informatiche in uso al CRO di Aviano

Realizzazione di una check list per la valutazione del contesto sulla base delle diverse linee guida esistenti e suo utilizzo per fotografare l'attuale contesto. Il risultato verrà discusso al Direttore Scientifico.

evidenza della presentazione di un report scritto che descriva il lavoro svolto e i punteggi assegnati

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



Direzione Scientifica

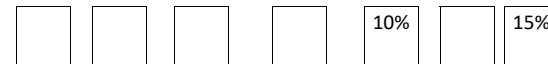
1141

Ridefinizione e potenziamento dell'ufficio Trasferimento Tecnologico

Implementazione di rapporti di co-sviluppo con aziende attraverso attività in presenza a 2 eventi di brokerage come previste dal piano di lavoro del progetto TTCRO finanziato dal Ministero delle Imprese e del Made in Italy

evidenza della partecipazione a nr.2 eventi di brokerage

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



Direzione Scientifica



**SCHEDA DI BUDGET 2026 - DIREZIONE SCIENTIFICA: UFFICIO CLINICAL TRIAL**

**J - Progettualità aziendali**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)		
<b>1126</b> Completare e/o correggere le variabili che caratterizzano gli studi clinici del CRO presi in carico negli ultimi 5 anni. Tali informazioni saranno inserite all'interno della Piattaforma informatica degli studi clinici.	Completare e/o correggere le incongruenze o dati mancanti.	almeno l'80% entro il 31/12/2026 (evidenza di un report con le modifiche e convalida dell'avvenuta modifica)	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30%	70%	Direzione Scientifica
<b>1127</b> Partecipazione al gruppo di lavoro, coordinato da ARCS per la definizione di una procedura operativa riguardante le procedure di sottomissione degli studi clinici	nr. riunioni	evidenza della partecipazione all'80% entro 31/12/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	70%	30%	Direzione Scientifica
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100%	100%	

**SCHEDA DI BUDGET 2026 - DIREZIONE SCIENTIFICA: SERVIZIO BIBLIOTECA**

**J - Progettualità aziendali**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
<b>1128</b> Implementazione di un database aggiornato delle pubblicazioni scientifiche al fine di facilitare la rendicontazione delle pubblicazioni	Caricamento delle pubblicazioni per la reportistica interna del 2026 nel nuovo database	31/12/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50%	<input type="checkbox"/>	50%	Direzione Scientifica
<b>1129</b> Implementazione del coinvolgimento dei pazienti nelle attività del programma Patient Education, anche attraverso la predisposizione di un iter di arruolamento di rappresentanti di pazienti	Organizzazione corso di formazione sull'arruolamento dei pazienti	evidenza dell'organizzazione di almeno 1 corso entro il 31/12/2026	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50%	<input type="checkbox"/>	50%	Direzione Scientifica
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100%	<input type="checkbox"/>	100%	

SCHEDA DI BUDGET 2026 - SOC EPIDEMIOLOGIA ONCOLOGICA

D - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
<b>1130</b> Produttività scientifica - variabili attività scientifica di struttura (voci ministeriali)	Punti attività scientifica di struttura	≥ 4 punti per struttura	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	30%	35%			25%	40%	15%	Biblioteca Scientifica
<b>1131</b> Produzione scientifica: Numero pubblicazioni con I.F.	Numero pubblicazioni con I.F. > 10	≥ 1	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	10%			10%	10%	10%	Biblioteca Scientifica

E - Progettualità regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
<b>1132</b> Registrazione dei tumori in friuli venezia giulia	Aggiornamento della registrazione dei tumori al 2026	Inizio valutazione nuove incidenze	Evidenza report alle Direzioni Strategiche: intermedio al 30/09/2026 e finale entro il 31/12/2026	40%	50%			60%	35%	60%	Direzione Scientifica

J - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi coordinamento	comparto	Ric. san.	Coll. Ric. (D)	
<b>1133</b> Supporto scientifico e rendicontazione progetti europei CRO (joint actions)	Coordinamento e rendicontazione	Partecipazione alle attività e alle rendicontazioni	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	15%					10%	10%	Direzione Scientifica
<b>1134</b> Adeguamento spazi piano terra blocco centrale e campus	Stesura di un cronoprogramma entro il 30/06/2026	Trasferimento Epidemiologia al Campus	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%			5%	5%	5%	Direzione Scientifica
				100%	100%			100%	100%	100%	

# Elenco firmatari

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

Questo documento è stato firmato da:

NOME: GIUSEPPE TONUTTI

CODICE FISCALE: \*\*\*\*\*

DATA FIRMA: 17/06/2026 14:29:00



**IRCCS CRO**

Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico  
"Centro di Riferimento Oncologico" di Aviano



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

## **CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE NELL'ALBO ON-LINE**

Il Decreto n. 325 del 17/06/2026 è conforme all'originale, redatto in forma elettronica, sottoscritto digitalmente e archiviato presso la server farm di INSIEL S.p.A., ed è pubblicato all'Albo del Centro di Riferimento Oncologico di Aviano in data 17/06/2026 ai sensi dell'art. 32, comma 1, della L. 69/2009, rimanendovi per quindici giorni consecutivi

---

## **CERTIFICATO DI ESECUTIVITÀ**

Il presente Decreto è esecutivo dal giorno di pubblicazione ai sensi dell'art. 4 comma 2 LR 21/1992 e ss.mm.ii.

---

Inviato per quanto di competenza a:

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

Aviano, li 17/06/2026

L'INCARICATO  
Valentina-Elena Alexa

# Elenco firmatari

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

Questo documento è stato firmato da:

NOME: VALENTINA-ELENA ALEXA

CODICE FISCALE: \*\*\*\*\*

DATA FIRMA: 17/06/2026 16:30:39